



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelský proces u depresivního
pacienta se suicidální proklamací**

*Nursing process at the depressive patient with
suicidal proclamation*

případová studie
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, duben 2009

Vlasta Váňová

Autor práce:	Vlasta Váňová
Bakalářský studijní program:	OŠETŘOVATELSTVÍ
Bakalářský studijní obor:	Zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Tomáš Petr
Pracoviště vedoucího práce:	Psychiatrické oddělení ÚVN
Odborný konzultant:	MUDr. Tomáš Novák
Pracoviště odborného konzultanta:	Psychiatrické centrum Praha
Termín obhajoby:	duben 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla využita ke studijním účelům.

V Praze dne 21.2.2008

Vlasta Váňová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce Mgr. Tomášovi Petrovi, MUDr. Tomášovi Novákovi a Mgr. Mileně Vaňkové za cenné rady, trpělivost a vstřícnost při vedení mé práce, a dále i svým kolegům za pochopení a podporu.

Obsah

1. ÚVOD	8
2. KLINICKÁ ČÁST	9
2.1 Poruchy nálady (afektivní poruchy)	9
2.1.1 Definice poruch nálady	9
2.1.2 Rozdělení poruch nálady	9
2.2 Depresivní epizoda	10
2.2.1 Definice	10
2.2.2 Epidemiologie depresivních poruch	10
2.2.3 Etiopatogeneze depresivních poruch	10
2.2.4 Průběh a závažnost	11
2.2.5 Diagnostika afektivních poruch	11
2.3 Terapie deprese	14
2.3.1 Antidepresiva	14
2.3.2 Fytofarmaka	17
2.3.3 Přídavná farmakologická léčba	17
2.3.4 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)	17
2.3.5 Fototerapie	19
2.3.6 Psychoterapie	19
2.3.7 Doplnkové možnosti léčby deprese	21
2.4 Suicidium	22
2.4.1 Sebevražda (suicidium)	22
2.4.2 Sebevražedný pokus	22
2.4.3 Sebezabití	22
2.4.4 Sebepoškození (automutilace)	22
2.4.5 Suicidální vývoj	22
2.4.6 Klinické vyšetření a zhodnocení rizika sebevraždy	23
2.4.7 Terapeutický přístup k pacientovi se suicidálními myšlenkami a tendencemi	23
2.4.8 Prevence sebevraždy	24
2.4.9 Sociologické aspekty sebevraždy	24
2.5 Deprese seniorů	26

2.5.1	Výskyt.....	26
2.5.2	Etiopatogeneze deprese u seniorů.....	26
2.5.3	Klinický obraz.....	27
2.5.4	Léčba deprese u seniorů.....	27
2.5.5	Závěr.....	28
2.6	Základní údaje o nemocném.....	29
2.6.1	Základní anamnéza.....	29
2.6.2	Diagnostické metody.....	30
2.6.3	Terapeutická opatření.....	32
2.6.4	Průběh hospitalizace.....	34
3.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	35
3.1	Ošetrovatelský proces.....	35
3.1.1	Zhodnocení pacienta.....	35
3.1.2	Stanovení ošetrovatelské diagnózy.....	35
3.1.3	Plánování ošetrovatelské péče.....	36
3.1.4	Realizace ošetrovatelského plánu.....	36
3.1.5	Hodnocení ošetrovatelské péče.....	36
3.2	„Model funkčních vzorců zdraví“ Marjory Gordonové.....	36
3.2.1	Vnímání zdraví.....	37
3.2.2	Výživa, metabolismus.....	37
3.2.3	Vylučování.....	37
3.2.4	Aktivita – cvičení.....	38
3.2.5	Spánek.....	38
3.2.6	Vnímání, poznávání.....	38
3.2.7	Sebepojetí, sebeúcta.....	39
3.2.8	Role.....	39
3.2.9	Stres, stresová situace.....	39
3.2.10	Víra, životní hodnoty.....	40
3.2.11	Ostatní.....	40
3.3	Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného.....	40
3.4	Krátkodobý ošetrovatelský plán ke 2. dni hospitalizace.....	42
3.4.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	43
3.4.2	Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	51
3.5	Dlouhodobý ošetrovatelský plán, jeho realizace a hodnocení.....	55

3.6. Charakteristika úrovní dohledu na uzavřeném psychiatrickém oddělení.....	56
3.6.1 Úroveň 1.....	56
3.6.2 Úroveň 2.....	56
3.6.3 Úroveň 3.....	56
3.7 Psychologie nemocných.....	57
3.7.1 Reakce na nemoc.....	57
3.7.2 Strategie zvládací.....	57
3.7.3 Obranné mechanismy.....	57
3.8 Psychologické zhodnocení pacienta K.K.	59
3.8.1 Postoj k nemoci a obranné mechanismy.....	59
3.8.2 Prožívání nemoci.....	59
3.8.3 Reakce na pobyt v nemocnici.....	59
3.8.4 Zhodnocení a zvládání komunikace.....	59
3.8.5 Strategie komunikace s depresivním pacientem.....	60
3.8.6 Zvládání stresu.....	60
3.8.7 Motivace k léčbě.....	60
3.9 Edukace.....	62
3.9.1 Edukace seniorů.....	62
3.9.2 Edukace ke zlepšení psychické kondice a prevence deprese.....	62
3.9.3 Edukace dietních opatření.....	64
3.9.4 Edukace pohybové aktivity.....	65
3.10 Prognóza.....	66
4. ZÁVĚR.....	67
Seznam použité literatury.....	68
Seznam zkratk71	71
Přílohy (označení v pravém horním rohu)	

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného 76letého muže, který byl hospitalizován na uzavřeném psychiatrickém oddělení pro depresivní epizodu po suicidálním pokusu.

V klinické části se zabývám obecným rozdělením poruch nálady, diagnostikou deprese a její terapií, depresí ve starším věku a rozbořením sebepoškození z hlediska diagnostického, terapeutického a sociologického. Dále následuje stručný popis stavu nemocného při přijetí, diagnostiky a terapie dle lékařské dokumentace.

V ošetrovatelské části se zabývám hodnocením nemocného podle modelu Funkčního zdraví Marjory Gordonové, sestavením ošetrovatelského plánu, zhodnocením psychologické stránky nemocného a edukací pacienta a jeho manželky.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. PORUCHY NÁLADY (AFEKTIVNÍ PORUCHY)

2.1.1. Definice poruch nálady

Poruchy nálady (afektivní poruchy) představují skupinu duševních onemocnění, jejichž hlavní příznakem je chorobně změněná nálada. Souběžně dochází i k narušení myšlení, volných pochodů a chování s dopadem na každodenní fungování.

Afekt je emocionální reakce značné intenzity s krátkým trváním. Nálada je emoční stav, trvající delší dobu, charakterizující spíše ladění osobnosti nebo temperamentu. (4)

2.1.2. Rozdělení poruch nálady

Poruchy nálady dělíme na unipolární typ, při kterém se vyskytuje pouze depresivní epizoda a nebo bipolární typ, který se vyznačuje střídáním depresivních a manických epizod. Poruchy nálady lze ještě dělit na primární a sekundární. Jako primární jsou označovány poruchy bez známé příčiny, sekundární vznikají při somatickém onemocnění. (4)

Rozdělení poruch nálady (základní kategorie) dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10)

- F 30** Manická epizoda
- F 31** Bipolární afektivní porucha
- F 32** Depresivní porucha
- F 33** Rekurentní depresivní porucha
- F 34** Trvalé poruchy nálady

2.2. DEPRESIVNÍ EPIZODA

2.2.1. Definice

Deprese je onemocnění, a to onemocnění celého organismu. Základním rysem poruchy je patologicky pokleslá nálada, která je hlubší, intenzivnější a trvá déle, než běžný smutek a nepříznivě ovlivňuje výkonnost. Vedle poruchy nálady se objevují pocity zoufalství, beznaděje, dochází ke ztrátě radosti a prožívání z činností a aktivit, které radost přinášely, k poklesu energie a oslabení vůle. Běžné jsou i poruchy spánku, chuti k jídlu, soustředění, objevují se výčitky a myšlenky na smrt.

2.2.2. Epidemiologie depresivních poruch

Deprese má z poruch nálad nejvyšší výskyt. Prevalence se pohybuje v průměru kolem 5–9% u žen a 2–3% u mužů. (17)

2.2.3. Etiopatogeneze depresivních poruch

Příčina depresivních poruch není známá. Faktory, které se podílejí na vzniku onemocnění dělíme na biologické, genetické a psychosociální.

Biologické faktory deprese

Deprese je spojována s dysfunkcí mozkových okruhů modulovaných monoaminovými systémy. Oblasti řízené monoaminy (noradrenalin, dopamin a serotonin) jsou frontální kortex, hipokampus/amygdala a bazální ganglia. Dále jsou nacházeny odchylky v postsynaptickém přenosu signálu, nebo endokrinologická porucha osy hypothalamus-hypofýza-nadledvinky, porucha imunity a alterace cirkadiálních rytmtů.(19)

Genetické faktory deprese

Byly provedeny genetické studie rodinné, sourozenecké, dvojčat, adopční nebo molekulárně genetické. Hereditabilita (míra vlivu dědičnosti na rozvoj onemocnění) se odhaduje na 40%, způsob genetického přenosu se nicméně nepodařilo určit. (4,19)

Psychosociální faktory deprese

Psychosociální faktory hrají největší roli v iniciální fázi onemocnění. Mezi nejrizikovější faktory patří rozvod, smrt partnera, neblahé životní události, sociální izolace, chudý osobní život, ztráta matky před 11 rokem věku, změny v mezilidských vztazích a nestabilní matrimoniální vztahy. (4)

2.2.4. Průběh a závažnost

Depresi specifikujeme podle intenzity a množství příznaků na mírnou, střední a těžkou. Může proběhnout jako jedna **depresivní epizoda** nebo se může opakovat, pak mluvíme o **rekurentní depresivní poruše**. **Remise** znamená úplné vymizení depresivních příznaků, které trvají alespoň osm týdnů. **Úzdrava** je období dlouhé 6–12 měsíců bez symptomů. **Relaps** je návrat onemocnění v období remise a **rekurence (recidiva)** je návrat symptomů v období úzdravy. (19)

2.2.5. Diagnostika afektivních poruch

Základním diagnostickým prostředkem psychiatra pro stanovení afektivní poruchy je psychiatrické vyšetření, při kterém využívá diagnostická kritéria mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Praktičtí lékaři mohou použít screeningovou metodu pro posouzení deprese.

Psychiatrické vyšetření

Psychiatrické vyšetření se v mnohém liší od vyšetření somatického. Výsledkem rozhovoru s pacientem by mělo být úplné psychiatrické vyšetření, které se skládá z těchto částí:

- základní identifikační údaje
- anamnéza (rodinná, osobní, sociální, užívání návykových látek apod.)
- nynější onemocnění
- přítomný stav psychický

- přítomný stav somatický
- psychodynamický rozbor
- diagnóza
- terapie
- souhrn (4)

Diagnostická kritéria pro depresivní epizodu dle MKN-10

- jednoznačně abnormální depresivní nálada, přítomná po většinu dne téměř každý den, značně ovlivněna okolnostmi a trvající alespoň dva týdny
- ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné
- pokles energie nebo zvýšená unavitelnost
- ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty
- bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny
- opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování
- stížnost nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti
- změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením (ať již hodnocené subjektivně nebo objektivně)
- poruchy spánku jakéhokoliv typu
- změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti (17)

Diagnostická kritéria pro depresivní epizodu s psychotickými příznaky

- bludy nebo halucinace mají nejčastěji depresivní, sebeobviňující hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo perzekuční obsah
- depresivní stupor

Somatický syndrom

Některé příznaky deprese jsou všeobecně považovány za klinicky zvláště významné, a jsou zde nazývány za „somatické“. Pro definování somatického syndromu by měly být přítomny **čtyři** z následujících příznaků:

- zřetelná ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné
- nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď
- ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou,
- deprese je těžší ráno
- objektivní důkaz výrazné psychomotorické retardace nebo agitovanosti,
- výrazná ztráta chuti k jídlu
- úbytek hmotnosti (o 5% nebo více za poslední měsíc)
- zřetelná ztráta libida (17)

Screeningová metoda pro praktické lékaře (akronym SASA)

Spánek: probouzení po půlnoci a nespavost v časných ranních hodinách

Anhedonie: neschopnost radovat se

Sebehodnocení: výrazně snížené sebehodnocení a pocit vlastní bezcennosti usnadňuje cestu k sebevražednému jednání

Apatie: spojená se ztrátou chuti k jídlu a váhový úbytek

Při přítomnosti tří ze čtyř symptomů je 95% pravděpodobnost, že se jedná o depresi.(5)

2.3. TERAPIE DEPRESE

Cílem léčby je potlačení depresivních symptomů a návrat funkčních psychosociálních a pracovních schopností.

2.3.1. Antidepresiva

Antidepresiva jsou psychofarmaka, která působí na patologicky skleslou náladu a ovlivňují i průvodní jevy deprese jako jsou například nerozhodnost, nevykonnost, potlačují úzkost, strach, upravují spánek a chuť k jídlu. Žádaný účinek se dostavuje až po 2-3 týdnech. Léčení by mělo trvat alespoň 6 měsíců. V současnosti je k dispozici řada antidepresiv s různým mechanismem účinku, podle kterého je lze dělit do několika skupin. (8)

A. INHIBITORY MONOAMINOOXIDÁZY (IMAO)

Blokují enzym monoaminoxidázu a tím i biodegradaci monoaminů.

Neselektivní inhibitory monoaminoxidázy (MOA)

Generický název (firemní název):

fenelzin , tranlycypromin (Parnate)

Nežádoucí účinky: hypertenze, kolapsy, cefalea, mydriáza, **hypertenzní krize** může vést až ke smrti! **Serotoninový syndrom:** zvracení, hyperpyrexie, průjem, insomnie, pocení, agitovanost, třes, zvýšený svalový tonus, sexuální dysfunkce.

Doporučení: Léčba vyžaduje **dietu bez obsahu tyraminu**, který je obsažen v některých potravinách (fermentované sýry, olomoucké tvarůžky, výrobky z kyselého mléka, jogurty, pivo, červené víno, vermuty, uherský a lovecký salám, kuřecí játra, kávovinové extrakty a limonády s obsahem kofeinu, čokoláda, kvasnice, sojová omáčka, masové extrakty slanečky a herinky, fazole, boby z ovoce např. banány, fíky, hroznové víno, avokádo). Nemocný nesmí současně užívat tricyklická antidepresiva (TCA), selektivní inhibitory zpětného vychytávání monoaminů (SSRI), stimulancia, léky s efedrinem.

V současnosti nejsou tato antidepresiva v ČR na trhu.

Selektivní inhibitory MOA

MOA-A

Generický název (firemní název):

moklobemid (Aurorix), rasagilin

Nežádoucí účinky: závratě, nausea, insomnie, cefalgie

Doporučení: vyvarovat se většího množství potravin s obsahem tyraminu

MOA-B

Generický název:

selegilin

Nežádoucí účinky: závratě, nausea, insomnie, cefalgie

Doporučení: není nutné dietní opatření

B. INHIBITORY ZPĚTNÉHO VYCHYTÁVÁNÍ MONOAMINŮ

Blokují selektivní pumpu pro vychytávání noradrenalinu, serotoninu nebo dopaminu.

Tricyklická (TCA) a tetracyklická antidepresiva

Blokují selektivní pumpu pro vychytávání noradrenalinu, serotoninu nebo obou monoaminů.

Generický název (firemní název):

norimipramin, nortriptylin (Nortrilen), maprotilin (Ludiomil, Maprotibene), klomipramin (Anafranil), amitriptylin (Amitriptylin), imipramin (Melipramin), dosulepin (Prothiaden), dibenzepin (Noveril)

Nežádoucí účinky:

Anticholinergní syndrom: sucho v ústech, mydriáza a zvýšený nitrooční tlak, obstipace, třes, retence moče, tachykardie, ortostatická hypotenze, závrat'

Serotoninový syndrom: zvracení, hyperpyrexie, průjem, insomnie, pocení, agitovanost, třes, zvýšený svalový tonus, sexuální dysfunkce

Kardiotoxické účinky: srdeční arytmie

Kožní reakce: urtika, exantém, fotosenzitivita

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání monoaminů (SSRI)

Generický název (firemní název):

fluvoxamin (Fevarin), fluoxetin (Prozac, Deprex, Floxet, Portal, Fluoxin, Flumirex), paroxetin (Seroxat, Remood, Parox), sertralin (Zoloft, Asentra, Sertralin, Stimuloton), citalopram (Seropram, Citalec), escitalopram (Cipralex)

Nežádoucí účinky:

Serotoninový syndrom: zvracení, hypertermie, průjem, insomnie, pocení, agitovanost, třes, zvýšený svalový tonus, sexuální dysfunkce.

Častými vedlejšími **počátečními účinky** jsou nauzea, průjem, bolesti hlavy, nespavost, úzkost.

V současnosti jde o nejčastěji předepisovaná antidepressiva.

Selektivní inhibitory reuptake 5-HT₂-receptorů (SARI)

Generický název (firemní název):

trazodon (Trittico AC), nefazodon

Nežádoucí účinky:

Závratě, bolest hlavy, nauzea, somnolence, insomnie.

Selektivní inhibitory reuptake noradrenalinu (NARI)

Generický název (firemní název):

reboxetin (Edronax)

Nežádoucí účinky:

Nespavost, neklid, úzkost, tachykardie, kolísání tlaku, obstipace.

V současnosti není v ČR na trhu.

Selektivní inhibitory reuptake dopaminu a noradrenalinu (NDRI)

Generický název (firemní název):

bupropion (Wellbutrin)

Nežádoucí účinky:

Nespavost, agitovanost, tenze, úzkost, nauzea, bolest hlavy.

Selektivní inhibitory reuptake serotoninu a noradrenalinu (SNRI)

Generický název (firemní název):

venlafaxin (Efectin), milnacipram (Ixel)

Nežádoucí účinky:

Nausea, průjem, závratě, nespavost, snížená chuť k jídlu, úzkost, sexuální dysfunkce.

Antagonisté adrenergních a serotoninergních autoreceptorů (NaSSA)**Generický název (firemní název):**

mirtazapin (Esprital), mianserin (Lerivon, Miabene)

Nežádoucí účinky:

Závratě, průjem, zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech, nespavost. (4)

2.3.2. Fytofarmaka

Extrakt z třezalky tečkované (*Hypericum perforatum*) je základem fytofarmak, které se používají při lehkých depresích. (15)

2.3.3. Přídatná farmakologická léčba

Podle dalších příznaků (úzkost, nespavost, psychotické příznaky) lékař ordinuje další léčiva, například anxiolytika, hypnotika a antipsychotika. (8)

2.3.4. Elektrokonvulzivní terapie (dále jen EKT)

Elektrokonvulzivní terapie je způsob léčby psychických poruch, při kterém krátký puls elektrického proudu projde mozkem pacienta a tento impuls vyvolá umělý epileptický záchvat.

Indikace EKT

EKT je indikováno nejčastěji u depresivních poruch s přítomností závažných symptomů (bludy, agitovanost, suicidální úmysly) a endogenních symptomů (ranní pesima, nechutenství, poruchy spánku, psychomotorická zpomalenost), které nelze zvládnout farmakologickou léčbou. Dále je indikována

u mánie, schizofrenie a schizoafektívnych poruch a maligného neuroleptického syndromu. (4)

Kontraindikace EKT

Mezi relativní kontraindikace patří kardiovaskulární (IM ne starší než 3 měsíce, závažná dekompenzace), ortopedická (osteoporóza, velká zlomenina), plicní (závažně akutní a chronické) a neurologická onemocnění (CMP ne starší než 3 měsíce, úraz mozku v posledních 6 měsících). Absolutní kontraindikací je zvýšený nitrolební tlak, akutní CMP, nesnášenlivost anestetika a aneuryzma velkých cév.

Vyšetření před EKT

Laboratorní vyšetření: FW, KO + diferenciál, základní biochemické vyšetření, aktivita cholinesterázy, glykemie, moč a sediment. EKG, RTG hrudníku a celé páteře u pacientů starších 50 let. Vhodné je i EEG, neurologické vyšetření, vyšetření očního pozadí a nativní snímek lebky. Následuje vyšetření internistou, anesteziologem a konečné rozhodnutí psychiatra. (4)

Metodika postupu při EKT

Terapeutický tým se skládá z psychiatra, anesteziologa a nejméně dvou sester. Vybavení pro EKT je lůžko s pevnou matrací, EKT přístroj, centrální rozvod kyslíku, odsávačka, přenosný monitor, laryngoskop a set pro intubaci, defibrilátor, tonometr, fonendoskop, stopky, lůh, aplikační gel na elektrody, gumový roubík do úst, neurologické kladívko, infuzní sety, pulzní oxymetr. Léky: anestetika, atropin, infúze fyziologického roztoku, Diazepam a léky ke zvládnutí anafylaktického šoku a kardiálních komplikací.

Příprava pacienta: 8 hodin před výkonem nejí, nepije a neužívá žádné perorální léky (naprosto nezbytné léky je možné podat 2-3 hodiny před výkonem). Jednu hodinu před výkonem podá sestra premedikaci i.m. nebo 5 minut před výkonem i.v. podle ordinace lékaře. Změří pacientovi TK, pulz, tělesnou teplotu, zkontroluje zda má prázdný močový měchýř, vyndán umělý chrup a kontaktní čočky. Uloží jej na lůžko, zajistí žílu, očistí spánky lihem. Pripevní manžetu tonometru na opačnou paži než je kanyla a nafoukne nad hodnotu průměrného systolického tlaku (200 torrů).

Lékař umístí a připevní elektrody natřené kontaktním gelem, bilaterálním nebo unipolárním způsobem. Změří kožní odpor. Anesteziolog sleduje hloubku anestezie a myorelaxace. Zavedeme gumový roubík. Sestra přidržuje pacienta. Pak je provedena vlastní stimulace elektrickým proudem. Po ukončení fáze klonických křečí vyjmeme roubík a provádíme ventilaci 100% kyslíkem. Anesteziolog je přítomen až do návratu spontánního dýchání a obnovení faryngeálních reflexů. Po obnovení tonu břišních svalů může pacient zvracet.

K ošetrovatelským intervencím **po výkonu** patří jednohodinové sledování dechu, pulzu, oxymetrie, stavu vědomí a vzniku komplikací (zapadnutí jazyka, zmatenosti, neklidu). Pacient, který je po hodině bdělý a orientovaný se může najíst. Konec sledování ordinuje lékař.

Nežádoucí účinky EKT jsou bolesti hlavy, nauzea, nepříjemné vzpomínky na dušení (při nedostatečné anestezii), pocit slabosti, pocit zmatenosti a poruchy paměti. (4)

2.3.5. Fototerapie

Fototerapie patří mezi fyzikální terapeutické metody a používá se u sezónních poruch nálady. Pacienti si v ranních hodinách aplikují světelnou terapii speciální lampou, o intenzitě 2500–5000 luxů po dobu dvou hodin. Tato terapie má velmi rychlý efekt a někdy odstraní depresi již po týdnu. (15)

2.3.6. Psychoterapie

Psychoterapie je plánovaná a záměrná terapie pomocí psychologického a psychoterapeutického vztahu. Psychoterapie je důležitou součástí léčby deprese. Dělíme ji na individuální a skupinovou.

Individuální psychoterapie pomáhá obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevný vztah k osobě, které můžu důvěřovat v krizové situaci. Samotná psychoterapie k léčbě těžší formy deprese nestačí. Vhodná je kombinace s farmakoterapií.

Skupinová psychoterapie pomáhá uvědomit si, že druzí prožívají podobné věci, jak se s onemocněním vyrovnávají a jak řeší každodenní

problémy. V akutní epizodě hluboké deprese by byla skupinová psychoterapie velmi zatěžující. Její využití je vhodné při lehčí depresi a po odeznění akutních příznaků. Cílem je vznik atmosféry důvěry, otevřenosti, spoluúčasti pro poznání souvislostí mezi chováním pacienta a jeho problémy a nemocí. (15,19)

Nejpoužívanější psychoterapeutické metody při léčbě deprese

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Při kognitivní terapii si klient identifikuje a opravuje pokroucené, katatymně zkreslené, negativně zaujaté myšlenky. Pojmenovává a upravuje patologické předsudky, schémata a osobní přesvědčení, a tím se snaží o prevenci relapsu a rekurence. Behaviorální léčba zahrnuje techniky založené na teorii učení. Jde o systematický trénink, nácvik dovedností a schopností (sebeovládání, asertivity, řešení problémových situací, nácvik sociálních dovedností, plánování času..), využívající posilování pozitivního, opomíjení negativního a vystavování se zátěžovým situacím (desenzibilizace a expozice).

V KBT se pacient učí co to je deprese, jak porozumět depresi, jejím příznakům a souvislostem. Naučí se účelně plánovat své činnosti a zvyšovat aktivity pozvolně, krok za krokem. Pomocí kognitivních rekonstrukcí se učí myslet pozitivně. Při nácviku relaxace si uvědomuje pocity uvolnění a napětí. A nácvikem komunikace, asertivních technik a nácvikem řešení problémů si pacient upevňuje a osvojuje sociální interakce. (15,19)

Interpersonální terapie

Jejím cílem je objasnění mezilidských problémů a jejich řešení, vypořádání se se sociální izolací, protrahovaným zármutkem atd. S klientem jsou řešeny problémy, které mohou být vnímány nejen jako příčina, ale i jako průvodní jev, který depresi nezpůsobil, ale napomáhá ji udržovat a brání úzdavě. (19)

Manželská a rodinná terapie

Matrimoniální konflikty a problematické vztahy jsou stresujícím faktorem a mohou se podílet na vzniku deprese. Při této terapii jsou s klienty řešeny problémy ve vztazích. (19)

Krátká dynamická psychoterapie

Cílem této terapie je hledání, odhalování a řešení problémů a konfliktů založených na osobnosti a na situaci, v nichž se klient ocitl. (19)

Rogersovská psychoterapie

Jde o psychoterapii zaměřenou na vřelý empatický vztah s klientem, který se může svobodně a bezpečně rozhodovat o svých problémech a pocitech. (19)

Relaxační a imaginační psychoterapie

Tato terapie obsahuje metody využívající svalovou relaxaci, koncentraci, autosugesci a řízenou imaginaci.

Relaxační metody vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Tonus kosterního svalu lze vůlí uvolnit a navodit relaxovaný stav, který je vhodný pro autosugestivní ovlivnění. Nejrozšířenější metodou je **Schultzův autogenní trénink** a **Jacobsonova progresivní relaxace**. **Řízená imaginace** slouží k sebezdokonalování se zaměřením na budoucnost. (19)

2.3.7. Doplnkové možnosti léčby deprese

K farmakologické a psychologické terapii deprese mohou pacienti ještě využít mnoho metod, které pozitivně ovlivňují průběh léčby. Po poradě s lékařem si mohou zvolit, například pravidelné cvičení a sportování podle osobního zájmu, rehabilitaci (vodoléčba, elektroléčba, LTV, masáže), akupunkturu, aromaterapii, muzikoterapii, léčbu tancem, hypnoterapii nebo homeopatii.

2.4. SUICIDIUM

2.4.1. Sebevražda (suicidium)

Jedinec si vlastní smrt přeje, úmyslně, vědomě a vlastním činem si ji přivodí. Příčinou **patické** sebevraždy je duševní porucha (schizofrenie, deprese). Pacienti trpící vážnou depresí mají riziko sebevraždy vyšší než u běžné populace. U **bilanční** sebevraždy nepředpokládáme přítomnost duševní poruchy, ale výskyt reakce na mimořádně nepříznivou životní situaci (vážné onemocnění, zrada, prohra, finanční ztráta apod.). (1,4)

2.4.2. Sebevražedný pokus (tentamen suicidii)

Sebevražedný pokus nelze vždy posuzovat jako nedokonanou sebevraždu, ale i jako volání o pomoc nebo připoutání pozornosti. Parasuicidium odpovídá dřívejšímu termínu demonstrativní suicidální pokus. (1,4,7)

2.4.3. Sebezabití

Tímto činem jedinec směřuje k ukončení vlastního života, ale motivací není touha vlastní život ukončit. Může se vyskytnout u delirií, pod vlivem halucinací, bludů, v patickém afektu nebo patické ebrietě. Při sebeobětování dochází k sebezabití ve prospěch jiného jedince nebo skupiny. (1,4)

2.4.4. Sebepoškození (automutilace)

Jedinec si vědomě poškozuje vlastní zdraví a integritu těla. Příčinou patické automutilace je duševní porucha (deprese, schizofrenie) a motivací bilanční automutilace je dosažení výhod nebo únik z nějaké situace. (1,4)

2.4.5. Suicidální vývoj

Suicidální chování vzniká postupně a má svůj vývoj. Na začátku pozorujeme takzvaný **Ringelův presuicidální syndrom**:

- narůstá izolace od okolí, stažení se do sebe, ztráta hodnot a zájmů
- sebeobviňování (autoakuzace), tlumená autoagrese
- naléhavé sebevražedné myšlenky, sny a fantazie. (7)

Podle **Pöldingerova suicidálního vývoje** se popisují tři kroky v myšlení před potencionální sebevraždou:

- úvahy, nemají na začátku konkrétní obsah,
- ambivalence (rozpolcenost), suicidálním tendencím se jedinec již nebrání, ale má k nim pasivní postoj
- rozhodnutí, přináší úlevu a u okolí vyvolává představu zlepšení stavu. (7,22)

2.4.6. Klinické vyšetření a zhodnocení rizika sebevraždy

Součástí vyšetření je komplexní psychiatrické vyšetření, dotazování na sebevražedné myšlenky a dotazování na faktory běžného života (sociální a ekonomické podmínky), minulé sebevražedné pokusy, jak tento pacient reagoval v minulosti na stresové situace a jak je řešil, jaký je přítomný psychický stav pacienta, jak se cítí (depresivní příznaky, halucinace, bludy...), přítomný stav somatický (bolesti, život ohrožující nemoc, chronické onemocnění) a dále zhodnocení podpůrného systému (s kým žije). Možno využít i hodnotící škály.

Mezi verbální prohlášení patří: „chci zemřít“, „chci to ukončit“, „to utrpení se nedá vydržet“, „bylo by mi lépe mrtvému“...

Mezi naznačované úvahy patří: „mám kamaráda, který neví kudy kam a mluví o sebevraždě“, „jak se dá věnovat tělo vědě“...

Mezi náznaky chování patří: darování věcí a zvířat přátelům, vybavení dědictví, vymyšlený způsob a časový plán...

Mezi stresující životní situace patří: ztráta milované osoby, finanční krach, odchod do penze, vážná nemoc...(4)

2.4.7. Terapeutický přístup k depresivnímu pacientovi se suicidálními myšlenkami a tendencemi

Pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích

Verbalizované suicidální myšlenky nelze podceňovat. Mohou být přítomny i skryté suicidální myšlenky a tendence. Hospitalizace je nutná, pokud

je suicidální riziko významné (naplnění kritérií nebezpečnosti k sobě), a to i přes jeho odpor. V ambulantní péči musíme počítat s nespoluprací a disimulací pacienta. U farmakoterapie lékař zvažuje možnou toxicitu léku. (16)

Pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání

Je zapotřebí zhodnotit rychle situaci a navázat s pacientem kontakt. Neexistuje všeobecný návod, ale pomáhá klidný postoj a direktivnost při podpoře adaptivních strategií řešení problémů a zamezení neadaptivních řešení. Cílem je zamezit sebepoškození a odvedení pacienta do bezpečí. Potom by mělo být provedeno psychiatrické vyšetření s rozhodnutím o hospitalizaci. (16)

Pomoc při suicidálním pokusu

Podle aktuální situace zasahuje nejprve lékař příslušného somatického oboru. Po pominutí ohrožení života je povolán psychiatr, který se zaměří na léčbu základní psychické poruchy. Dotazuje se na suicidální myšlenky, snaží se objasnit motivy pokusu, zjišťuje, jaké důsledky by nastaly po smrti pacienta pro rodinu a blízké, snaží se pochopit význam sebevražedného pokusu, aby dokázal vést pacienta ke konstruktivnímu vyjadřování svých pocitů proti okolí a ne proti sobě. (3,16)

2.4.8. Prevence sebevraždy

K prevenci patří psychiatrická léčba duševních poruch, u kterých dochází k sebevražednému chování. První pomoc v krizových situacích, také poskytují tzv. linky důvěry.

Protektivními faktory proti suicidiu jsou pocity zodpovědnosti vůči rodině, těhotenství, dítě v rodině, víra, životní spokojenost, pozitivní zvládací schopnosti, podpora z okolí a pozitivní terapeutický vztah. (3)

2.4.9. Sociologické aspekty sebevraždy

Nejrozšířenějším způsobem sebevraždy je oběšení (uškrcení, zadušení). S velkým odstupem následuje zastřelení, otrava a skok z výšky. S věkem pravděpodobnost stoupá. Ve skupině 20-24letých připadá 11 případů, 60-64letých

21 případů a nad 65 let 55 případů na 100 tisíc obyvatel. Z populace jsou nejvíce zastoupeni nezaměstnaní a důchodci starobní i invalidní. Muži páchají sebevraždu častěji než ženy (na 1 dokonanou sebevraždu žen připadá 3,74 sebevražd mužů). Příčinu nelze vždy jednoznačně určit. 11% sebevražd je označeno ze zdravotních důvodů, 9% vlivem duševního onemocnění a 7% způsobily rodinné a milostné problémy. Podle geografického rozdělení je největší sebevražednost na severní Moravě a nejnižší v jižních Čechách. Kritickým dnem je pondělí, měsícem květen a nejčastějším místem domov.(10)

2.5. DEPRESE SENIORŮ

Deprese vyššího věku je závažným interdisciplinárním onemocněním. Bývá často mylně pokládána za fyziologický projev stárnutí. V klinickém obraze jsou dominantní somatické obtíže, které depresi maskují a pacienty přivádějí spíše k praktickému lékaři než k psychiatrovi. Příznaky často nenaplnují kritéria plně rozvinuté deprese. Způsobují však pacientovi psychické strádání a zhoršují nezanedbatelným způsobem kvalitu jeho života. (23)

2.5.1. Výskyt

Prevalence deprese v populaci nad 65 let je podle výzkumů kolem 6%. U seniorů pobývajících v LDN a Domovech pro seniory je zaznamenán výskyt deprese u 45 -50 % klientů těchto zařízení. (23)

2.5.2. Etiopatogeneze deprese u seniorů

Etiopatogeneze zahrnuje etiologické a rizikové faktory. Mezi ty patří faktory biologické, psychosociální, některá somatická a neurodegenerativní onemocnění a některá farmaka.

Ve vyšším věku dochází ke **snížení** tvorby a uvolňování neurotransmiterů, k dalším narušeným fyziologickým procesům a k dystrofickým změnám, které vedou ke vzniku deprese.

V seniorském věku přibývá počet **negativních životních událostí** a životních ztrát (ztráta zaměstnání, ztráta profesionální role, ztráta přátel, ztráta partnera, snížení ekonomického statutu, ztráta soběstačnosti).

Mezi **onemocnění**, které dáváme do souvislosti s vyšším výskytem deprese můžeme zařadit zejména cerebrovaskulární (CMP), kardiovaskulární (IM), metabolické poruchy (hypotyreóza, DM, malnutrice, hypovitaminóza), onkologické (karcinom pankreatu) a neurodegenerativní a smyslová onemocnění (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza). Jakékoliv chronické onemocnění, které je léčeno v ústavním zařízení může být faktorem pro vznik deprese.

Nejen chronická a těžká onemocnění mohou být rizikovým faktorem, ale i některá **farmaka** s depresogenním účinkem. Jde zvláště o některá antihypertenziva, digoxin, kortikoidy, antiparkinsonika, nesteroidní antirevmatika, analgetika a některá psychofarmaka. (23)

2.5.3. Klinický obraz

Klinický obraz deprese seniorů má různý charakter, ale podstatné je, že **depresivní nálada není v popředí subjektivních stížností**, vyskytuje se pouze u 10% nemocných. Tento atypický průběh nemusí odpovídat diagnostickým kritériím pro depresi. V anamnéze se objevují vzájemně nesouvisející somatické stesky, jako například zažívací obtíže, problémy s vyprazdňováním a chronické a nespecifické bolesti.

Dalším projevem může být obraz tzv. „**depresivní pseudodemence**“, v jejímž popředí je deficit kognitivních funkcí, které si pacient uvědomuje a popisuje jako velmi obtěžující, ale reálně neodpovídají diferenciální diagnóze demence. Mezi depresí a demencí mohou být tyto vztahy, deprese může imitovat demenci, nebo deprese může na demenci nasedat.

Velmi obvyklá forma deprese seniorů je „apaticko-abulická“, která se projevuje ztrátou zájmu o své okolí a zanedbáváním vlastních základních potřeb (nutritivní, hygienické).

Při agitované formě deprese je pacientův neklid reakcí na nepříjemné subjektivní prožitky a psychické strádání.

Atypický průběh deprese je často důvodem pro pozdní rozpoznání deprese u seniorů. Dostupnou možností je screeningová „Geriatrická škála deprese dle Yesavage“, která může usnadnit diferenciální diagnostiku lékařům somatických oborů. (23)

2.5.4. Léčba deprese u seniorů

Cílem léčby je zmírnění nebo odstranění příznaků deprese, snížení rizika relapsů a rekurence, snížení mortality, zlepšení zdravotního stavu a zlepšení kvality života seniorů.

Terapie deprese vyššího věku je pomocí **farmakoterapie, psychoterapie** (s nejlepším efektem se využívá KBT a Interpersonální terapie), **elektrokonvulzivní terapie** a **další postupy** zaměřené na režimová opatření a fyzickou aktivitu.

Ke specifickým farmakoterapie u seniorů patří prodloužený čas nástupu účinku antidepresiv na dobu mezi 4. -6.týdnem, výběr léku s ohledem na interakce s jinými léky, nižší dávky na začátku léčby a prodloužená doba užívání léku na minimálních devět měsíců až doživotní užívání.

Senioři nejlépe snášejí léky ze skupiny selektivních inhibitorů serotoninu, blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, dopaminergní a noradrenergní antidepresiva a noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva. (23)

2.5.5. Závěr

Neléčená deprese u seniorů výrazně zhoršuje kvalitu jejich života, komplikuje léčbu somatických onemocnění a může končit až suicidálním jednáním. (23)

2.6. ZÁKLADNÍ ÚDAJE NEMOCNÉHO

Jméno a příjmení: K. K.

Věk: 76 let

Adresa: Praha

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna

Vzdělání: VŠ

Povolání: starobní důchodce, technik

Národnost: česká

Datum přijetí: 25.9. 2008

Datum popuštění: 21.10.2008

2.6.1. Základní anamnéza

Rodinná anamnéza: matka zemřela v 84 letech na srdeční onemocnění, otec zemřel v 67 letech, dcera se léčí na psychiatrii po opakovaných suicidálních pokusech.

Osobní anamnéza: prodělal běžná dětská onemocnění, léčí se na interním oddělení pro ICHS, stav po fraktuře L 4/5, v roce 1977 CHCE, 10. let léčen pro depresivní poruchu v psychiatrické ambulanci.

Současný somatický stav: míra 178 cm, váha 92 kg., TK 130/80, TF 71/min, TT 36,2 °C. Bez ikteru, bez cyanózy. Kůže bez patologických eflorescencí, hydratovaná. Hlava, zornice, bulby, jazyk, hrdlo, hrudník, plíce, břicho, HK a DK bez patologických změn. Alergie neudává. V minulosti kouřil 10 cigaret denně, 11 let již nekouří, alkohol nepije a kávu jen ojediněle

Sociální anamnéza: VŠ, starobní důchodce, žije se svou druhou ženou ve společné domácnosti. První žena zemřela před 10. lety na rakovinu, dcera se několikrát pokusila o sebevraždu.

Psychiatrické vyšetření: pacient byl při vědomí, orientoval se časem nepřesně, nebyl psychomotoricky neklidný, spolupracoval, kontakt dokázal navázat, komunikoval verbálně minimálně a neverbálně posunky, myšlení měl koherentní, katatymně zkreslené, bez poruch obsahu, byl v depresivní neodklonitelné náladě s přítomnými bilančně suicidálními myšlenkami a tendencemi k realizaci a udával poruchy spánku.

Nynější onemocnění: pacient se nachází v lůžku, pokusil se oběsit, protože už nechtěl žít. Chtěl by jít domů a zemřít tam. Náladu má zoufalou, špatně spí, bolesti nemá. Aktuálně je v kompenzovaném somatickém stavu. Léčí se v psychiatrické ambulanci pro depresivní poruchu asi 10 let, ale hospitalizovaný nikdy nebyl. Přijat na akutní psychiatrické oddělení pro riziko suicidálního chování.

Farmakologická anamnéza: Verogalid 240 mg 1-0-0, Preductal MR 1-0-0, Helicid 20 mg 1-0-0, Citalec 20 mg 1-0-0, Neurol 0,25 mg 1-1-1-2, Lactulosa lžíce 1-0-0, Heparin forte 5000j. 1x denně.

Základní diagnózy: Středně těžká depresivní epizoda

Chronická ICHS

Hypertenzní nemoc

Ateroskleróza

2.6.2. Diagnostické metody

U pacienta K.K. bylo provedeno vstupní somatické a psychiatrické vyšetření. Lékař první den naordinoval odběry na biochemické vyšetření krve, krevní obraz s diferenciálem a biochemické vyšetření moče a močového sedimentu. V průběhu léčení také podstoupil každodenní vyšetření psychiatrické a měření fyziologických funkcí. Podle ordinace lékaře byl měřen tlak krevní, pulz a tělesná teplota.

Biochemické vyšetření krve 26.9.

Název vyšetření	Výsledky	Referenční hodnoty
Urea	3,82 mmol/l	2,50.....8,30
Kreatinin	65,8 umol/l	53,00....125,20
Kyselina močová	148,7 umol/l	140,00....420,00
Cl sérum	107,4 mmol/l	94,00....110,00
K sérum	4,17 mmol/l	3,40.....5,40
Na sérum	140,1 mmol/l	132,00....150,00
Bilirubin	15,0 umol/l	5,00.....21,00
ALT	0,51 ukat/l	0,15.....0,73
AST	0,30 ukat/l	0,10.....0,68
GMT	0,55 ukat/l	0,10..... 0,84
Protein total	60,1 g/l	60,00.....87,00
Albumin	34,8 g/l	33,50.....48,50
Glukóza	3,89 mmol/l	3,60.....5,70

Krevní obraz a diferenciál 26.9.

Název vyšetření	Výsledky	Referenční hodnoty
Leukocyty	$9,3 \times 10^9/l$	3,6.....10,00
Erytrocyty	$4,7 \times 10^{12}/l$	4,6.....5,60
Hemoglobin	134,0 g/l	130,00.....170,00
Hematokrit	0,40 arb.j.	0,39.....0,52
Konc. Hb v ery.	0,34 arb.j.	0,30.....0,37
Objem ery	$84 \mu m^3/l$	78,00.....94,00
Obsah Hb v ery	28,7 pq/1 ery	26,00.....32,00
Trombocyty	$289,0 \times 10^9/l$	120,00.....350,00
Lymfocyty	0,269	0,200.....0,450
Monocyty	0,090	0,000.....0,100
Eosinifily	0,007	0,000.....0,040
Basofily	0,006	0,000.....0,020

Biochemické vyšetření moči 26.9.

Název vyšetření	Výsledky	Referenční hodnoty
Dusitany	negativní	0,0.....0,0
pH moč	6,5 pH	5,0.....9,0
Protein	1,0 arb. jed.	0,0.....0,0
Glukóza	0,0 arb. jed.	0,0.....0,0
Urobilinogen	16,0 umol/l	3,0.....16,0
Bilirubin	0,0 umol/l	0,0.....0,0
Ketolátky	0,0 arb. jed.	0,0.....1,0
Krev	0,0 arb. jed.	0,0.....0,0
Spec. hmotnost	1 015 kg/dcm	
Sed - erytrocyty	38,0 ul	0,0.....40,0
Sed – leukocyty	18,0 ul	0,0.....20,0
Sed - epiteli	2,0 ul	0,0..... 12,0
Bakterie	2933,2 ul	0,0.....2950,0
Válce	negativní	0,0..... 1,0
Malé epiteli	negativní	0,0..... 0,0

2.6.3. Terapeutická opatření

Farmakoterapie 2. den hospitalizace

Verogalid ER 240 mg (verapamili hydrochloridum)

Forma: tablety s prodlouženým uvolňováním

Indikační skupina: antihypertenzivum, vazodilatans, antiarytmikum

Nežádoucí účinky: zácpa, nauzea, nízký TK, bradykardie, dušnost, otoky...

Doporučení: nerozkousané tablety se podávají během jídla s malým množstvím tekutiny

Preductal MR (trimetazidini dihydrochloridum)

Forma: tablety

Indikační skupina: cytoprotektivní antiischemikum (profylaktická léčba angíny pectoris)

Nežádoucí účinky: vzácně nauzea a zvracení...

Verospiron (spironolactonum)

Forma: tablety.

Indikační skupina: diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertensivum

Nežádoucí účinky: nechutenství, nauzea, zvracení, bolesti v břiše, průjmy, bolesti hlavy, zmatenost, otupělost, kožní vyrážky, srdeční arytmie při hyperkalémii, sucho v ústech při hyponatrémii

Helicid 20 (omeprazolum)

Forma: tvrdé želatinové tobolky.

Indikační skupina: antiulceróza

Nežádoucí účinky: zřídka bolesti hlavy, nauzea, zvracení, kožní vyrážka...

Doporučení: přípravek užívat nalačno, neužívat brusinkový džus (snížil by účinnost léku)

Citalec (citalopramum)

Forma: tablety

Indikační skupina: antidepresivum

Riziko: zvýšené riziko výskytu sebevražedných myšlenek, pokusu o sebevraždu, hostilní jednání (agresivita, hněv). Může trvat až 1–4 týdny než dojde ke zlepšení.

Nežádoucí účinky: zvýšené pocení, bolest hlavy, třes, poruchy spánku, sucho v ústech, nauzea, zácpa, slabost, poruchy koncentrace, dyspeptické obtíže, poruchy menstruačního cyklu...

Neurol (alprazolamum)

Forma: tablety

Indikační skupina: anxiolytikum

Nežádoucí účinky: spavost, únava během dne, svalová slabost, nejistá chůze, při dlouhodobém užívání riziko lékové závislosti

Lactulosa (lactulosum)

Forma: sirup

Indikační skupina: digestivum (střevní regulans), laxativum

Nežádoucí účinky: na začátku léčby někdy vyvolává křeče v břiše a plynatost

Heparin léčiva (heparinum natricum)

Forma: injekční, 5000 m.j. v 1 ml

Indikační skupina: antikoagulans

Nežádoucí účinky: při déletrvajícím podávání může dojít ke krvácení

Fyziologický roztok

Forma: infuzní roztok

Indikační skupina: náhrada sodíkových a chloridových iontů a tekutin

2.6.4. Průběh hospitalizace

Pacient byl přeložen z LDN 25.9.2008 pro suicidální pokus oběšením. Byl přijat na akutní psychiatrické oddělení, kde byl uložen na pokoj zvýšené péče s úrovní dohledu 3 (charakteristika jednotlivých úrovní dohledu v kapitole 3.6). Měl depresivní náladu, abulii, pociťoval velkou úzkost a nechtělo se mu žít. Lékař naordinoval farmakologickou léčbu, která byla třikrát během hospitalizace upravována. Sedmý den pobytu se pan K.K. začal cítit lépe, depresivní nálada ustupovala a myšlenky na smrt se neobjevovaly, začal mít chuť k jídlu a přál si jít domů. Osmý den mu byl změněn režim dohledu na úroveň 2. Od devátého dne se začal cítit „pod psa“ a desátý den se depresivní nálada opět vrátila. Jedenáctý den byl upraven režim dohledu na č.3 pro návrat suicidálních myšlenek a byla provedena změna psychofarmak. Třináctý den se nálada zlepšila. Osmnáctý den hospitalizace se objevilo kolísání nálady během dne, která se po úpravě medikace stabilizovala. Jednadvacátý den pro stabilizovanou náladu bez úzkosti a suicidálních myšlenek byl změněn dohled na úroveň 2 a šestadvacátý den na úroveň 1. Na našem oddělení byl hospitalizován 27 dní. Pacient byl propuštěn domů v kompenzovaném stavu a byla domluvena následná péče v psychiatrické ambulanci.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

O pana K.K jsem pečovala **druhý den hospitalizace** na akutním psychiatrickém oddělení při denní službě od 7.00 do 19.00 hodin. Pro hodnocení nemocného jsem použila model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Ošetřovatelské diagnózy jsem sestavila ke 2. dni hospitalizace.

3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je efektivní prostředek řešení ošetřovatelských problémů. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních pacientových potřeb. Představuje soubor plánovaných činností a myšlenkových procesů vycházejících z interakce mezi pacientem, sestrou a jeho rodinou.

Termín ošetřovatelský proces byl v literatuře poprvé zmíněn v 50.letech 20.století a v roce 1967 v USA byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče. Zpočátku byl kladen důraz na posouzení pacienta, které nevedlo k vytvoření ošetřovatelské diagnózy. (6,9,18)

Dnes používáme ošetřovatelský proces, který se skládá z **pěti fází** na sebe navazujících a vzájemně se prolínajících:

3.1.1. Zhodnocení pacienta

Jde o posouzení nemocného pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření, konzultace, studia zdravotnické dokumentace. Sběrem informací získáme soubor problémů a tělesných, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta podle jeho vývojového období. (9)

3.1.2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelskou diagnózu stanovíme pomocí analýzy sebraných informací. Stanovená diagnóza je formulací aktuálního nebo potenciálního problému pacienta. (9)

3.1.3. Plánování ošetrovatelské péče

Při plánování ošetrovatelské péče si stanovíme krátkodobé a dlouhodobé cíle a plánujeme ošetrovatelské intervence. Do této fáze zapojujeme podle možností pacienta a jeho rodinu a společně řešíme daný problém. (9)

3.1.4. Realizace ošetrovatelského plánu

V této fázi realizujeme ošetrovatelský plán a provádíme naplánované ošetrovatelské intervence. Zahrnujeme sem i přípravu pacienta, prostředí a pomůcek. (9)

3.1.5. Hodnocení poskytnuté péče

Hodnotíme splnění stanovených cílů a k jakým výsledkům a reakcím u pacienta došlo. Pokud cíle nebyly splněny, jsou výsledky podkladem pro vytvoření nových ošetrovatelských diagnóz nebo pro reaktivaci celého procesu. (9)

Ošetrovatelskou péči na psychiatrických odděleních poskytuje ošetrovatelský tým, který se skládá ze sester, zdravotnických asistentů, sanitářů a terapeutů.

Specializaci v oboru psychiatrie může všeobecná sestra získat v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských oborů. Po absolvování specializačního studia se stává sestrou specialistkou v péči o duševní zdraví a je označována jako psychiatrická sestra. V předchozích letech bylo možnost tuto specializaci získat rovněž na VZŠ tříletým studiem oboru psychiatrická sestra. Další vzdělávání sester je v oblasti psychoterapeutických metod, supervize, kognitivních terapií, relaxačních terapií, jógového cvičení a dalších metod.

3.2. MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ M. GORDONOVÉ

Tento model je považován za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie a splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta nebo klienta v primární, sekundární i terciální zdravotní péči.

Základní struktura modelu je tvořena **dvanácti oblastmi**, dvanácti vzorci zdraví. Sestra hodnotí funkční chování (ve zdraví) a dysfunkční (v nemoci).

Dysfunkční vzorec identifikuje, označí, zformuluje ošetrovatelskou diagnózu a pokračuje v dalších krocích ošetrovatelského procesu.(13)

3.2.1. Vnímání zdraví

Nemocný byl přeložen z LDN, kde plánovali jeho propuštění. Poslední tři dny hospitalizace začal být apatický a přestal být plně soběstačný. S depresivní poruchou se léčí asi 10 let, ale pokus o sebevraždu byl první. Tento rok už byl hospitalizovaný pro bronchitidu a pro kardiální insuficienci. V nemocnici je již v životě po několikáté. Alkohol nepije, nekouří 10 let a kávu si dá občas. Užívá antihypertenziva, antidepresiva, anxiolytika, antiischemika, diuretika, antiulceróza a antikoagulancia. V mládí měl po pádu z výšky zlomený bederní obratel a v posledních letech docházel pravidelně na rehabilitace pro bolesti zad. Podstoupil operaci žlučníku asi ve 45 letech. Stáří, somatické nemoci, opakované pobyty v nemocnici, pocity ztráty nezávislosti – to vše byly významné faktory, které se promítly do psychického stavu pacienta, který se pak zhoršil natolik, že se pacient pokusil o sebevraždu oběšením.

3.2.2. Výživa – metabolismus

Nemocný se stravuje pravidelně, většinou 5krát denně. Doma vaří manželka. Snaží se nejíst příliš tučná jídla, aby ještě více neztloustl. Měří 178 cm a váží kolem 92 kg. Hodnota BMI je 29 (BMI 25,0 – 29,9 je hodnoceno jako nadváha s nízkým až lehce vyšším zdravotním rizikem). Netrpí pravidelně nechutenstvím, jen některá jídla nejí (květák, čočku). Poslední dny v LDN začal ztrácet chuť k jídlu (což pravděpodobně souviselo s prohlubující se depresí). Denně vypije 2 až 2,5 litrů tekutin. Používá zubní protézu.

3.2.3. Vylučování

Na stolici chodí nepravidelně, trpí občas zácpou. Používá projímadlo (každé ráno 1 lžící laktulózy). Naposledy se vyprázdnil 24.9. Vyprazdňování močového měchýře je spontánní, bez inkontinence. Nadměrně se nepotí. Kůže je suchá a neporušená.

3.2.4. Aktivita – cvičení

Před hospitalizací byl zvyklý chodit pravidelně každý den s manželkou na vycházky. Rád poslouchal hudbu, luštil křížovky a sledoval v televizi dokumentární filmy. V LDN prováděl kondiční cvičení a chodil po oddělení. V posledních dnech spíše polehával a stával se stále více závislejším na ošetrovatelském týmu v oblasti hygieny, vyprazdňování, pohybu a příjmu jídla a tekutin. Při vypracování Barthelova testu (skóre 35, viz příloha 3) jsem zjistila, že závislost na ošetrovatelské péči je vysoká.

- příjem potravy a tekutin s pomocí
- oblékání s pomocí
- koupání neprovede
- osobní hygienu neprovede
- inkontinence moči není
- inkontinence stolice není
- použití WC neprovede
- přesun na lůžko, židli – vydrží sedět
- chůze po schodech neprovede
- chůze na rovině neprovede

3.2.5. Spánek – odpočinek

Je zvyklý spát kolem šesti hodin denně. Ulehá asi ve 23. hodin. V noci se občas budí kolem třetí hodiny a pak nemůže usnout. Po obědě usne jen když v noci špatně spí. Od minulého roku se cítí víc unavený. Poslední týden špatně spí, několikrát za noc se probudí. Probouzí se brzy ráno.

3.2.6. Citlivost (vnímání) – poznávání

Pacient je při vědomí. Je orientován místem a osobou, není orientován časem a dnem (v LDN neměl kalendář). Místo kde se nachází poznává. Nemá potíže s řečí ani s vyjadřováním. Mluví pomalu, odpovídá jednoduchými větami, ale přiléhavě. Používá brýle na čtení. Je mírně nedoslýchavý, naslouchátko nepoužívá. Když mluvím pomalu a zřetelně, tak mi pacient rozumí. Bolest neudává.

3.2.7. Sebepojetí – sebeúcta

Sám sebe hodnotí jako klidného introverta. Má výčitky svědomí, že se dcera pokusila o sebevraždu, „měl to tušit“.

V mládí vystudoval vysokou školu. Po válce pracoval jako technik a svou práci měl velmi rád. Byl v práci až příliš a dnes lituje, že zanedbával rodinu. . Ve vnímání sebe sama aktuálně dominují pocity viny a nedostatečné sebeúcty.

3.2.8. Role – vztahy

Žije se svou druhou manželkou ve společné domácnosti. Před několika dny onemocněla a již několik dní nepřišla na návštěvu. Sourozence nemá a rodiče již zemřeli. Dospělá dcera, která je v invalidním důchodu bydlí sama a na návštěvy chodí zřídka. Dvakrát do roka se schází se svými bývalými kolegy. Jiné vztahy nemá. Přestože sám sebe označuje za introverta, má rád společnost a zájem personálu, verbalizuje pocity osamělosti a zbytečnosti. Jako pacient se snaží spolupracovat.

3.2.9. Reprodukce – sexualita

Vzhledem k tomu, že rozhovor probíhal na pokoji v přítomnosti dalších pacientů, se na sexuální život neptám. Má jednu dceru.

3.2.10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

Dcera se pokusila spáchat sebevraždu poprvé před patnácti lety a před deseti lety zemřela jeho první manželka na rakovinu. Od té doby se cítí na jaře a na podzim unavený a bez radosti ze života. Asi deset let chodí do psychiatrické ambulance a je léčen a sledován pro depresivní poruchu. Měl i období bez obtíží. Špatně snáší samotu, rád si povídá. Alkohol nepije. Již deset let nekouří. Snaží se dodržovat pravidelný režim, brát pravidelně léky, chodit na procházky a dělat co má rád (hudba, luštění křížovek). Schopnost zvládat změny a přizpůsobovat se novým podmínkám je snížena jednak věkem a aktuálně též prohlubující se depresivní epizodou.

3.2.11. Víra – životní hodnoty

Pacient je věřící, ale na mše do kostela chodí poslední roky zřídka. Poslouchá pravidelně nedělní bohoslužby v rádiu. Za nejdůležitější považuje zdraví a nebýt sám. Pacient neodmítnul nabídku návštěvy ústavního kaplana.

3.2.12. Ostatní

Pacientovi jsem naměřila TK 135/90 mmHg, P 65/min, TT 36,5 °C, DF 20/min.

3.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA, HODNOCENÍ PACIENTA

Pan K.K. se narodil v roce 1932. Vystudoval VŠ technického směru a celý život se zabýval vojenskou technikou. Nyní je v důchodu a žije se svou druhou manželkou ve společné domácnosti. Jeho první žena zemřela před deseti lety na rakovinu. Má jednu dceru, která byla opakovaně hospitalizována pro suicidální pokusy v PL Bohnice.

Pacient byl na Psychiatrické oddělení přeložen z LDN pro suicidální proklamace s pokusem o oběšení 25.9.2008. Asi deset let je léčen pro depresivní obtíže v Psychiatrické ambulanci, první obtíže se objevily po smrti první manželky.

Při prvním kontaktu s nemocným jsem provedla stručný rozhovor, cílené pozorování, akutní intervence a edukaci. Ze zjištěných informací vypracovávám ošetrovatelskou anamnézu.

Změřila jsem TK 135/90 mm Hg, P 65/min, TT 36,5 stupňů C, DF 20/min. Nemocný je při vědomí se ztíženou možností kontaktu, orientace je snížená (neví datum a neorientuje se v čase), trpí úzkostí, je uzavřený a mírně apatický, hovoří téměř neslyšně, riziko sebevraždného jednání dle škály NGASR je vysoké (Zhodnocení rizika sebevraždného jednání NGASR, celkové skóre 15 bodů, viz příloha 2), riziko agrese a násilí je negativní (Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist, viz příloha 2 a příloha 4), Bartelův test (skóre 35, viz příloha 3) poukázal na nesoběstačnost při chůzi, hygieně, oblékání a jídle. Riziko pádu

vzhledem k vysoké nesoběstačnosti, užívání antihypertenziva a psychofarmak vyšlo vysoké. Somatickou bolest pacient neudává. Má zavedený periferní žilní katétr od 25.9.08. Místo vpichu je bez začervenání a otoku. Vyprazdňuje se spontánně, močí bez subjektivních obtíží. Pacient udává problémy s obstipací, naposledy se vyprázdnil před dvěma dny. Kůže je bez porušení, začervenání a eflorescencí. Používá brýle a zubní protézu (horní i dolní). Pacient je ohrožen rizikem suicidia, pádu a TEN (snížená mobilita).

3.4. KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Aktuální ošetrovatelské diagnózy 2. dne hospitalizace

1. Agrese vůči sobě související s depresí
2. Nedostatečná sebepéče související se ztrátou vůle
3. Úzkost související s depresí
4. Riziko infekce související se zavedeným periferním žilním katétrem
5. Zácpa související se sníženou pohybovou aktivitou

Potenciální ošetrovatelské diagnózy 2. dne hospitalizace

1. Riziko TEN související s omezením pohybové aktivity
2. Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s imobilizací
3. Riziko pádu související s medikací a imobilizací

1. Aktuální ošetrovatelská diagnóza 2. dne hospitalizace

Agrese vůči sobě související s depresí

Ošetrovatelský cíl :

- pacient bude bez sebepoškození

Ošetrovatelský plán:

- zajisti soustavný 24 hodinový dohled na pacienta (úroveň dohledu 3, viz kapitola 3.6)
- zajisti bezpečné prostředí (odstraň skleněné a ostré předměty, holení, kabely od mobilních telefonů, opasky a jiné rizikové předměty)
- zajisti signalizaci k ruce pacienta
- navaž s pacientem vztah důvěry
- sleduj a monitoruj sebevražedné myšlenky a tendence
- pozoruj náhlé změny nálady pacienta
- neměň téma rozhovoru, když pacient začne mluvit o suicidiu
- informuj nemocného o výkonech a léčebném plánu
- podej léky dle ordinace lékaře
- zkontroluj užití perorálních léků (kontroluj dutinu ústní)
- informuj lékaře o psychickém stavu pacienta a jeho chování, vše důkladně zaznamenej do dokumentace
- seznam pacienta s možností duchovní služby
- uvědom si své vlastní pocity a úzkost při ošetrování pacienta
- relaxuj a využívej aktivity ke snížení pocitu vzteku a zlosti
- mluv o svých pocitech s kolegy a využívej jejich podpory

Realizace a hodnocení :

Nemocný byl uložen na pokoj s možností 24 hodinového sledování. Z jeho dosahu byly odstraněny veškeré potenciálně nebezpečné předměty (holení, skleněné předměty, pásky, nabíječky k mobilům, léky atd.) v souladu s pravidly na akutním psychiatrickém oddělení. Pacient podepsal informovaný souhlas s tímto opatřením. Poučila jsem pacienta o možnosti využití

signalizačního zařízení . Jak používat signalizační zařízení si vyslechl, sám si postup vyzkoušel a zkontroloval jeho funkčnost. Podávané léky zapil a následná kontrola dutiny ústní byla bez problémů. Léky jsem podala podle ordinace lékaře. Průběžně jsem informovala pacienta o výkonech a plánech péče a snažila jsem se navázat psychoterapeutický vztah. Pacient komunikoval verbálně i neverbálně jen minimálně. Změny nálady nebyly zjištěny, stále přetrvávalo depresivní ladění. Suicidální myšlenky opakovaně popíral. Až v 17.00 hodin se při komunikaci jednou usmál. Nabízenou službu duchovního neodmítl. Domluvila jsem konzultaci s kaplanem na příští den. S kolegy mluvíme hlavně o nejvhodnějším zajištění bezpečí pacienta. Ošetřovatelský cíl byl splněn, nedošlo k sebepoškození pacienta.

2. Aktuální ošetrovatelská diagnóza 2. dne hospitalizace

Nedostatečná sebepečce související se ztrátou vůle

Ošetrovatelský cíl:

- pacient se sám napije
- pacient se s dopomocí nají
- pacient sní alespoň polovinu oběda, svačiny a večeře
- pacient se dnes ráno a odpoledne s dopomocí umyje
- pacient s dopomocí bude měnit polohu každé 2 hodiny (v noci bez polohování)
- pacient s dopomocí obejde odpoledne své lůžko
- pacient se posadí vedle lůžka na židli na půl hodiny odpoledne

Ošetrovatelský plán:

- podporuj pacienta, aby slovně vyjádřil své pocity (zejména zlost)
- mluv s pacientem klidně a pomalu
- podporuj příjem potravy a tekutin a přizpůsob prostředí
- sleduj kožní turgor, stav sliznic, otoky
- sleduj příjem potravy a tekutin
- kontaktuj nutričního terapeuta při sníženém příjmu potravy
- zaveď sledování bilance tekutin
- podporuj a pomáhej při osobní hygieně a úpravě zevnějšku
- pomáhej a aktivizuj změnu polohy na lůžku, sezení vedle lůžka, stoj u lůžka
- pochval za vzrůstající úroveň aktivity
- zjisti stupeň soběstačnosti podle Barthelova testu
- zajisti signalizaci k lůžku
- zajisti rehabilitační ošetrování (polohování – po dvou hodinách, v 7.00, 9.00, 11.00, 13.00, 15.00, 17.00, 19.00, 21.00 a dále podle spánkového režimu pacienta, vertikalizace – dnes odpoledne)
- spolupracuj s fyzioterapeutem

- přizpůsobuj plán schopnostem nemocného
- aktivně zapojuj rodinu

Hodnocení a realizace.

S asistencí sestry pacient přijímal tekutiny a jídlo. Snědl polovinu oběda, svačinu nejedl a večeři také odmítl, protože „nemá hlad“. Nabídku jíst připravenou stravu mimo lůžko nepřijal a proto jí v lůžku. Při návštěvě manželky snědl půl banánu. Odpoledne jsem kontaktovala nutriční terapeutku a domluvili jsme se, na doplňujícím dietním režimu ve formě sippingu. Pacient dostatečně přijímal tekutiny, 100 až 250 ml každou hodinu, což jsem zaznamenávala do formuláře bilance tekutin. Tekutiny jsem umístila na dosah ruky nemocného. Příjem i výdej byl v rovnováze (2050ml příjem a 1950 ml výdej v době denní služby od 7.00–19.00 hodin). Povrch jazyka byl růžový, vlhký a kůže měla normální turgor a byla bez otoků. Myl si sám ruce v lůžku, další osobní hygienu odmítal, ale domluvili jsme se, že zítra zkusíme jít do sprchy. Manželka odpoledne provedla částečnou hygienu na lůžku. Polohu měnil jen s dopomocí sestry, ale odpoledne se již snažil sám. Uložila jsem signalizační zařízení na dosah ruky. Jak používat signalizační zařízení si vyslechl, sám si postup vyzkoušel a zkontroloval jeho funkčnost. Při rozhovoru nevyjadřoval, že by pociťoval zlost, mluvil pomalu a bez většího zájmu. Verbálně nevyjadřoval pocity smutku, odpovídal přiměřeně na otázky, neodbíhal jinam. Na základě vyhodnocení Barthelova testu ADL (viz příloha 3), jehož hodnota byla 35 bodů, byla stanovena závislost na ošetrovatelské péči (0–40 bodů vysoká závislost). Snaha pacienta při zajišťování bazálních potřeb byla nejvíce patrná v příjmu tekutin, napil se sám při vybídnutí a připravení tekutin na dosah ruky. Fyzioterapeut následující den provede edukaci a stanoví rehabilitační plán zaměřený i na soběstačnost.

3. Aktuální ošetrovatelská diagnóza 2. dne hospitalizace

Úzkost související s depresí

Ošetrovatelský cíl :

- pacientovi se sníží subjektivní prožívání úzkosti (vnitřní chvění, třes rukou, zrychlené dýchání)
- pacient si uvědomí, co úzkost snižuje
- pacient používá relaxační techniky k redukci úzkosti (termín upřesním podle stavu pacienta a ordinace lékaře)
- pacient bude v noci spát

Ošetrovatelský plán :

- mluv s pacientem o jeho projevech úzkosti
- podporuj pacienta, aby slovně vyjádřil své pocity (zejména zlost)
- aktivizuj nemocného v dotazování a přijímání informací
- zajisti vhodné aktivity pro odreagování pacienta
- odpovídej na otázky nemocného podle jeho potřeby
- poskytni nemocnému srozumitelné a ucelené informace o výkonech, seznam jej s novým prostředím a tyto informace pravidelně opakuj
- využívej pro komunikaci prvky haptiky
- vytvoř podmínky pro častý kontakt s rodinou
- kontroluj a zaznamenej průběh spánku
- v případě silné úzkosti kontaktuj lékaře

Realizace a hodnocení :

S nemocným jsem mluvila o projevech úzkosti (vnitřní chvění, třes rukou, zrychlené dýchání). Navazovala jsem kontakt při každé příležitosti, vždy jsem pacienta informovala o výkonech, které jsem dělala, mluvila jsem i o tom co je za den a kolik je hodin, a co bude následovat. Nemocný odpovídal na otázky jedním nebo dvěma slovy. Neverbálně komunikoval pomocí mimiky, odpoledne se při kontaktu poprvé usmál. Byl bez lakrimace. Spontánně verbální kontakt

nenavazoval, neptal se. S manželkou komunikoval také velmi málo. V odpoledních hodinách poslouchal hudbu z rádia a vypracovával kognitivní cvičení. Při aktivizaci nemyslel na své dýchání, třes se zmírnil. Při ošetrovatelské péči jsem využívala prvky haptiky, které nebyly přijímány negativně. Během denní služby pacient nespál. Pacientovi nebyla podána žádná extra medikace pro úzkost. Ošetrovatelský cíl byl pro dnešní den splněn.

4. Aktuální ošetrovatelská diagnóza 2. dne hospitalizace

Riziko infekce související se zavedeným periferním žilním katétre (datum zavedení 25.9.)

Ošetrovatelský cíl:

- pacient bude mít místo vpichu PŽK bez otoku, začervenání a bolesti
- pacient bude mít fyziologické hodnoty tělesné teploty

Ošetrovatelský plán:

- kontroluj místo vpichu - 1x/ 24 hod. (v 10.00 hodin)
- dotazuj se pacienta na bolestivost v místě vpichu
- kontroluj krytí (celistvé, suché)
- edukuj pacienta o příznacích komplikací

Realizace a hodnocení:

Nemocný byl informován o možných komplikacích v místě vpichu (bolest, pálení). Vizualní kontrola v 10.00 hodin byla negativní, v místě zavedené kanyly a jejím okolí nebylo začervenání ani otok. Permanentní žilní katétr byl plně funkční. V průběhu a po ukončení infúze bylo místo vpichu také bez patologických změn. Krytí bylo suché. Pacient v době od 7.00 do 19.00 v místě vpichu nepocíťoval bolest, pálení a měl TT 36,6 °C. Cíl byl splněn.

5. Aktuální ošetrovatelská diagnóza 2. dne hospitalizace

Zácpa související se sníženou pohybovou aktivitou

Ošetrovatelský cíl:

- nemocný se spontánně vyprázdní do 2 dnů

Ošetrovatelský plán:

- nabízej tekutiny
- pouč nemocného o vhodné stravě, která má vliv na fyziologické vyprazdňování (přizpůsob psychickému stavu)
- pouč rodinné příslušníky o vhodné stravě, která má vliv na fyziologické vyprazdňování dnes
- informuj lékaře o problému a zajisti vhodný dietní režim
- podej projímadlo dle ordinace lékaře
- proved' pohybovou aktivitu na lůžku (3x flexe dolních končetin v koleni a kyčelním kloubu s přitažením k břichu, střídáme končetiny), jednou dopoledne a jednou odpoledne
- proved' vertikalizaci dnes
- proved' nácvik chůze kolem lůžka s pomocí (podle schopností a kondice pacienta chůze na WC)
- proved' nácvik defekačního reflexu (přizpůsob podle psychického stavu pacienta)

Realizace a hodnocení:

Pacient s manželkou vyslechli informace o vhodné stravě a pohybové aktivitě. Byla provedena konzultace s nutriční terapeutkou o úpravě dietního režimu. Manželka přinese ovoce a nápoje s vlákninou. Provedenou pohybovou aktivitou (dle plánu), dietním a pitným režimem (sledování příjmu a výdeje tekutin) jsme se snažili o obnovení spontánního defekačního reflexu. Příjem tekutin byl 2050 ml od 7.00–19.00 hodin. Podle ordinace lékaře bylo podáno projímadlo. Nácvik defekačního reflexu byl proveden pouze částečně, protože to psychický stav pacienta nedovolil. Vyprázdnění bylo druhý den bez problémů

1. Potenciální ošetrovatelská diagnóza

Riziko TEN související s omezením pohybové aktivity

Ošetrovatelský cíl:

- pacient bude bez otoku, bolesti a začervení dolních končetin
- pacient bude mít fyziologické hodnoty tělesné teploty

Ošetrovatelský plán:

- informuj o nezbytnosti cvičení DK na lůžku
- edukuj o vhodných cvicích
- proved' bandáž DK nebo pomoc při navléknutí punčoch
- podávej antikoagulancia podle ordinace lékaře
- proved' vertikalizaci pacienta a chůzi kolem lůžka
- sleduj barvu, teplotu a bolest v DK (při polohování)
- zajisti hygienu a masáž DK

Realizace a hodnocení:

Pacientovi byla ráno provedena bandáž dolních končetin po elevaci. Při polohování byla provedena opakovaná kontrola bandáže, kontrola barvy a teploty akrálních částí dolních končetin a získány informace o bolestivosti pod obvazem, pacient nepociťoval bolest v DK, barva i teplota byla bez patologických projevů. V dopoledních hodinách byla provedena edukace o cvičení dolních končetin se zaměřením na zvýšený průtok krve. Odpoledne se pacient postavil u lůžka s dopomocí sestry a ušel 1,5 metru, chápal nutnost bandáže dolních končetin, vertikalizace a cvičení, ale nechtělo se mu opakovaně z lůžka. Hygienu a masáž dolních končetin přijal velmi kladně. Antikoagulancia byla podána při noční směně ve 20.00 hodin podle ordinace lékaře. Znamky TEN se neobjevily. Tělesná teplota měla hodnotu 36,6 °C. Ošetrovatelský cíl byl splněn.

2. Potenciální ošetrovatelská diagnóza

Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s imobilizací

Ošetrovatelský cíl:

- pacient bude bez porušené kožní integrity

Ošetrovatelský plán:

- sleduj stav výživy, hydratace
- pečuj o hygienu kůže
- udržuj lůžko v suchu a čistotě
- edukuj nemocného o nutnosti změny polohy
- polohuj nemocného nejméně každé 2 hodiny
(v noci bez polohování, při spontánní změně polohy pacientem)
- nabídní masáž DK a zad
- při vzniku dekubitu nebo rány založ záznam a postupuj dle metodického návodu
- zajisti rehabilitační ošetřování (vertikalizace – dnes, kondiční a dechové cvičení – začít podle psychického stavu pacienta)
- zajisti edukaci fyzioterapeutem

Realizace a hodnocení:

Pacient byl dostatečně hydratován, každou hodinu byly nabízeny tekutiny a podávány k ruce pacienta a zapisovány do záznamu bilance tekutin. Celkový příjem činil 2050 ml od 7.00 do 19.00 hodin. Po dohodě s nutriční terapeutkou bude podán energetický nápoj s vyšším obsahem bílkovin (bude upraven dietní režim se zaměřením i na lepší vyprazdňování). Kůže byla celý den suchá a bez zarudnutí, pacient s pomocí měnil polohu v 7.00, 9.00, 11.00, 13.00, 15.00, 17.00 a 19.00 hodin (dále podle spánkového režimu) a chápal nutnost polohování. Po krátké masáži zad a chodidel masážní emulzí (v 11.00 hodin a v 17.00 hodin) se pacient cítil dobře. Fyzioterapeut následující den provede edukaci a navrhne plán pohybové aktivity. Prádlo v lůžku bylo pravidelně upravováno a udržováno

v suchu, minimálně každé dvě hodiny při polohování a odpoledne po vertikalizaci. Cíl byl splněn, pacient byl bez porušené integrity kůže.

3. Potenciální ošetrovatelská diagnóza

Riziko pádu související s medikací a imobilizací

Ošetrovatelský cíl:

- pacient nespadne

Ošetrovatelský plán:

- označ lůžko, nemocného a dokumentaci červeným značením
- sleduj pacienta 24 hodin denně
- uprav vhodně okolí lůžka
- zajisti rehabilitační ošetřování (polohování, vertikalizace, chůze)
- zajisti edukaci fyzioterapeutem
- edukuj pacienta o nežádoucích účincích léků (podle psychického stavu pacienta)

Realizace a hodnocení:

Pacient byl uložen na pokoji s permanentním dvacetičtyřhodinovým sledováním. Červené označení dokumentace, lůžka a připevnění červeného náramku na zápěstí pacienta s edukací bylo provedeno již včera při příjmu pacienta. Permanentním sledováním pacienta, přípravou okolního prostředí při vertikalizaci a rehabilitačním ošetřováním, edukací pacienta o prováděných činnostech a s dopomocí druhé sestry, byla dosažena eliminace pádu. Pacient projevoval pochopení potenciačního rizika pádu. Fyzioterapeut byl kontaktován, ale psychický stav nedovolil edukaci pacienta. Cíl byl splněn, pacient nespádl.

3.5. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Pacient byl přeložen z LDN 25.9.2008 pro suicidální pokus oběšením. Byl přijat na akutní psychiatrické oddělení, kde byl uložen na speciální pokoj s úrovní dohledu 3 (viz kapitola 3.6). Měl depresivní náladu, abulii, pociťoval velkou úzkost a nechtělo se mu žít.

Ošetrovatelská péče o tohoto pacienta zahrnovala neustálý dohled, péči o hygienu, sledování bilance tekutin a příjmu potravy, rehabilitační ošetřování, aplikaci léků per os a kontrolu zda je řádně zapil, aplikaci s.c. injekcí, aplikaci infúzí, odběry krve a péči o permanentní žilní katétr, který byl odstraněn třetí den hospitalizace, sledování vyprazdňování a provádění aktivizace. Komunikace byla komplikována depresivní náladou. Při zlepšení stavu si rád povídal. Od sedmého dne se pacient začal cítit lépe, ustupovala hypobulie a chuť k jídlu se zlepšovala. Jedl sám a vysprchoval se s minimální pomocí sestry. Osmý den mu byl změněn režim dohledu na úroveň 2. Od devátého dne se začal cítit hůře a desátý den se depresivní nálada opět vrátila. Pacient začal být opět plně nesoběstačný. Jedenáctý den byl upraven režim dohledu na č.3 pro návrat suicidálních myšlenek. Třináctý den se nálada zlepšila. Jednadvacátý den pro stabilizovanou náladu bez úzkosti a suicidálních myšlenek byla změněna úroveň dohledu na č. 2. Začal být plně soběstačný. Od dvaadvacátého dne začal docházet na relaxační terapii. Šestadvacátý den byla naordinována úroveň dohledu 1.

3.6. CHARAKTERISTIKA ÚROVNÍ DOHLEDU NA UZAVŘENÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Každá úroveň dohledu odpovídá pravidlům sledování, která mají zajistit bezpečnost pacienta a okolí. Tento metodický návod se používá na Psychiatrickém oddělení ÚVN (příloha 5).

3.6.1. Úroveň dohledu 1 (všeobecný dohled)

Personál musí mít všeobecné povědomí o tom, co pacient dělá, kde se pohybuje, jak se chová a projevuje. Sestra by měla s pacientem v průběhu směny minimálně jednou v klidu pohovořit a zhodnotit jeho duševní stav. Před ukončením směny provede souhrnný zápis o svém sledování.

3.6.2. Úroveň dohledu 2 (pravidelný dohled)

Ošetrovatelský personál pacienta v době od 6.00–22.00 hodin průběžně sleduje (musí ho osobně vidět) v pravidelných intervalech, ne delších než 30 minut. V nočních hodinách od 22.00–6.00 hodin je kontrola pacienta každých 60 minut. V ošetrovatelské dokumentaci jsou dva záznamy o sledování, zápis z denní a noční služby.

3.6.3. Úroveň dohledu 3 (permanentní dohled)

Pacient je v dosahu očí ošetrovatelského personálu po celých 24 hodin na pokoji intenzivního dohledu. Sestra provádí záznam sledování každých 60 minut. Na oddělení mohou být současně přítomní maximálně dva pacienti s úrovní dohledu 3.

3.7. PSYCHOLOGIE NEMOCNÝCH

3.7.1. Reakce na nemoc

Většina lidí je schopná se dobře adaptovat na nemoc, ale část reaguje maladaptivní reakcí a tím komplikuje léčbu nebo špatně spolupracuje s ošetřovatelským týmem a lékaři. Nemoc je vážná životní situace, která vyžaduje zvýšené nároky na adaptaci. Pacient často trpí bolestí, je omezen v pohybu, má sníženou soběstačnost, je nucen ke změně režimu a životního stylu, nemůže dosahovat cílů, které si stanovil, je v cizím prostředí a v kontaktu s neznámými lidmi. Reakce na tento distres je různá, záleží na zkušenosti, na osobnostních rysech a vyzkoušených zvládacích strategiích. Maladaptivní reakce se projevují úzkostí, depresí, bezmocí, pocitem ztráty kontroly, studem, pocitem viny, neklidu, hostility, nedostatkem spolupráce, negativní reakcí na osobnost nebo chování lékaře nebo ošetřovatelského personálu.

Rozlišujeme tři složky zvládání nemoci

- emoční reakce (úzkost, deprese, bezmoc, zlost...)
- tělesná reakce (bušení srdce, tíha na hrudi, tlak v žaludku, svalová bolest, nadměrné pocení, průjem...)
- psychická reakce (strategie zvládání a obranné mechanismy) (3)

3.7.2. Strategie zvládání nemoci

Adaptivní strategie zvládání nemoci dělíme na řešení problémů a na strategii redukce emocí.

Řešit problémy se dá hledáním pomoci a sociální podpory, plánováním problémů a konfrontací. Mezi strategie redukce emocí patří ventilace emocí, vyhýbání se myšlenkám, osobám a situacím souvisejících s problémem, pozitivní přerámování, přijetí nebo delegování zodpovědnosti.

Maladaptivní strategie je užívání alkoholu a zneužívání léků, sebepoškozování, histriónské, hypochondrické a agresivní chování. (3)

3.7.3. Obranné mechanismy

Obranné mechanismy rozpoznáme z pacientova životního příběhu, reakce na situaci, jakým způsobem podává informace a jak se chová k druhým lidem.

Maladaptivní obranné mechanismy většinou vyvolávají silné emoce v personálu. Zmapování reakcí brání neúmyslné nebo úmyslné iatrogenizaci pacienta. Nejčastějšími obrannými mechanismy nemocných jsou popření, potlačení, přenesení afektu, regrese a racionalizace. (3)

3.8. PSYCHOLOGICKÉ ZHODNOCENÍ PACIENTA K.K.

3.8.1. Postoj k nemoci a obranné mechanismy

Pan K.K. na začátku hospitalizace reagoval na svou nemoc obranným mechanismem popření a regrese. Popření se projevilo především neochotou mluvit o svých problémech a regrese závislostí na ošetrovatelské péči (na počátku léčby může být ještě považována za adaptivní). 10. den hospitalizace se začaly projevovat zvládací strategie. Ptal se na možnosti léčby, jak bude užívat léky doma a plánoval s manželkou co budou dělat a kam se půjdou podívat až se vrátí domů.

3.8.2. Prožívání nemoci

Na jeho nemoci mu vadí, že neví, jak se bude cítit zítra, jestli se mu nevrátí pocit úzkosti a depresivní nálada. Uvědomuje si, že když má skleslou náladu, tak málo komunikuje se svou manželkou a ta má pocit nejistoty, a také má obavy jak budou spolu žít dál a jakým způsobem mu může pomoci.

3.8.3. Reakce na pobyt v nemocnici

Pacient nereaguje na pobyt na našem oddělení negativně. Od počátku hospitalizace se snaží spolupracovat. K ošetrovatelskému personálu se vždy chová velmi přátelsky. Rád se zaměstnává nějakou činností, cítí se pak lépe, neprožívá úzkost a má pocit, že čas rychleji utíká. Podle možností aktivizují pana K.K. poslechem hudby, luštěním křížovek, četbou, rozhovorem, plněním kognitivního cvičení, kondičním cvičením, relaxací a v posledních dnech hospitalizace i sledováním televize.

3.8.4. Zhodnocení a zvládání komunikace

První tři dny hospitalizace byla u pacienta verbální komunikace ztížena silnou depresivní náladou. Snažil se udržet oční kontakt. Sám hovořit nezačal, tempo řeči měl pomalé, ale odpovídal mi na otázky přiléhavě jednoduchými větami a neodbíhal od tématu. Neverbální komunikace byla omezená pouze na zpomalenou mimiku a haptiku. Druhý den se poprvé usmál a když něco nechtěl dělat, ukázal mávnutím ruky. V dalších dnech hospitalizace se tempo řeči normalizovalo. Začal si povídat i s ostatními pacienty. Po odeznění těžké

depresivní nálady byla radost s panem K.K. mluvit, vyprávěl co zažil a na co se chystá až bude doma.

3.8.5. Strategie komunikace s depresivním pacientem

Dávám nemocnému najevo pochopení s jeho situací, dovolím, aby byl v dané situaci takový, jaký je. Nesnažím se ho povzbuzovat, rozveselovat, nebo apelovat na jeho vůli („seberte se“). Mluvím otevřeně o sebevražedných myšlenkách, o úzkosti, o somatických obtížích, o nespavosti, o porušené chuti k jídlu a kolísání nálady. Při vyslovení suicidálních tendencí nenechám pacienta samotného. Zdůrazňuji, že deprese je nemoc, která se dá léčit, ale vyžaduje trpělivost (než začnou působit antidepresiva). Důležitá je podpora a povzbuzení každé aktivity, která vede směrem z nemoci. V případě neochoty k navazování rozhovoru a přetrvávajícímu mlčení se pokouším přejít na posunkovou komunikaci. Požádám pacienta, aby na položené otázky odpovídal přikývnutím hlavy nebo zavrtěním do strany. Navážu přiměřený oční kontakt, mluvím zřetelně, jednoduše (nepoužívám odborné termíny) a klidně. Sleduji stále reakce pacienta a akceptuji jakékoli jeho emoční reakce a umožním, aby slovně reagoval podle jeho potřeby. Pokud zjistím zpětnou vazbu, že něčemu pacient nerozuměl, zopakuji nebo vysvětlím co je potřeba.

3.8.6. Zvládání stresu

Pacient byl v tomto roce opakovaně hospitalizovaný a tyto stresové situace vyvolaly návrat depresivní epizody. Nechtělo se mu už takto žít, a proto se pokusil o sebevraždu. V minulosti prožil ztrátu první manželky a několik sebevražedných pokusů své dcery. Na jaře a na podzim se cítí unavený a bez radosti ze života. Asi deset let chodí do psychiatrické ambulance a je léčen pro depresivní poruchu. Měl i období bez obtíží. Špatně snáší samotu, rád si povídá. Alkohol nepije. Již deset let nekouří. Snaží se dodržovat pravidelný režim, brát pravidelně léky, chodit na procházky a dělat co má rád. Rád poslouchá hudbu, luští křížovky a dívá se na dokumentární filmy.

3.8.7. Motivace k léčbě

Největší motivací po vymizení depresivní nálady byl návrat domů do svého prostředí, kde všechno má co potřebuje. Bude se svou manželkou, která mu

uvaří jeho oblíbená jídla a bude spát ve své posteli. A až si půjde do „své“ trafiky pro noviny.

3.9. EDUKACE

Základem úspěšné edukace pacienta je efektivní komunikace, trpělivost, empatie a specifický přístup k různým vývojovým skupinám. **Edukační plán** jsem zaměřila na zlepšení psychické kondice a prevenci deprese, dietní opatření při nadvaze a nechutenství a na pohybovou aktivitu.

3.9.1. Edukace seniorů

Stárnutí je proces, který může ovlivňovat všechny orgánové systémy. V tomto období je zhoršená schopnost krátkodobé paměti, vnímání (sluch, zrak), a psychomotorických funkcí, avšak inteligence je zachovaná. Starší pacienti potřebují pouze více času k přehodnocení podaných informací.

Zásady pro edukaci seniorů jsou trpělivost, pozitivní podpora při výuce, kladení jednoduchých otázek, zpětná vazba, testy využívat minimálně (nutná pomoc), flexibilita výukových metod a vybudování si důvěrného vztahu s pacientem. (20)

3.9.2. Edukace pro zlepšení psychické kondice a prevence deprese

Pacientovi jsem po poradě s lékařem nabídla zařazení (22. den hospitalizace) do skupiny pacientů, kteří se učí relaxovat. Pro zlepšení psychické kondice jsou relaxační techniky vhodné. Pro rychlé uvolnění jsme použili dechové cvičení a Jacobsonovu progresivní relaxaci.

Dechové cvičení

Nejdříve se naučíme správně dýchat. Používáme tzv. břišní dýchání. Dýcháme pomalu a hluboce, až se zvedá břišní stěna, nádech je nosem a výdech je ústy. Na tento typ dýchání, který zvyšuje kapacitu plic, přejdeme vždy, když zjistíme, že náš dech je zrychlený a krátký (např. při projevech úzkosti, strachu, bolesti).

Pohodlně si sedneme nebo lehneme, uvolníme se a myslíme pouze na dech. Pomalu se zhluboka nadechneme nosem a v duchu počítáme do pěti až deseti tak, aby nedošlo k pocitu napětí a velkého úsilí. Na konci nádechu zadržíme na chvíli dech (při vysokém krevním tlaku zadržení dechu vynecháme)

a pak následuje pomalý výdech opět s vnitřním počítáním. Po celou dobu tohoto cvičení myslíme pouze na dýchání.

Jacobsonova progresivní relaxace

Pohodlně se posadíme do židle, křesla nebo si lehneme. Zavřeme oči. Postupně si uvědomujeme svalové skupiny jednotlivých částí těla, na 5 až 7 vteřin je mírně napneme a dalších 30 až 40 vteřin je uvolníme. Napětí můžeme spojit s nádechem a uvolnění s výdechem.

- zapínáme lehce a uvolňujeme postupně pravou ruku v pěst
- mírně nadzdvihneme pravé předloktí
- levou ruku v pěst
- nadzdvihneme levé předloktí
- zdviháme obočí
- aktivujeme svaly v horní části obličeje a nosu
- aktivujeme svaly v dolní části obličeje
- mírně napínáme svaly krku a šíje
- svaly hrudníku
- svaly břicha
- svaly pravého stehna
- ohneme nohu v pravém kotníku směrem k hlavě
- ohneme nohu v pravém kotníku směrem k zemi
- svaly levého stehna
- ohneme špičku levé nohy směrem k hlavě
- ohneme špičku levé nohy směrem k zemi

Nakonec si v duchu můžeme krátce uvědomit postupně všech 16 svalových skupin. Ještě asi minutu zůstaneme v příjemném uvolnění. Na závěr pohneme dlaněmi, chodidly, koleny, lokty a pomalu otevřeme oči. (12)

Důležité informace a kontakty

S panem K.K. a s jeho manželkou jsme společně mluvili o možnosti využití tzv. **linek důvěry**, kam by mohli zavolat v případě náhlého zhoršení stavu, v době velké úzkosti nebo depresivní nálady. Dále jsme mluvili o nutnosti

pravidelně užívat léky, o vedlejších účincích léků, o pravidelném docházení na **kontroly** a vyplňování si jednou týdně **Beckovu škálu** hodnocení deprese (viz příloha). Poskytla jsem jim materiály (edukační brožuru o depresi a Beckovu škálu hodnocení deprese), kontaktní adresy a telefonní čísla na krizové linky. Kontakty na internetové stránky jsem neposkytla, protože nemají počítač.

V edukační brožuře jsou informace o tom co je deprese, jaké jsou možnosti léčby, spouštěče a příznaky blížící se deprese, o sebevražedném chování a další. (15)

Kontakty pro pomoc v krizi

Záchranná služba tel. 155

RIAPS, non stop linka důvěry tel. 222 580 697

Centrum krizové intervence, non stop linka důvěry tel. 284 016 666

Elpida, linka seniorů tel.800 200 007 od 8.00 do 20.00 hodin ve všední dny

3.9.3. Edukace dietních opatření

Jako pomůcku jsem připravila vytištěné rady z Manuálu prevence v lékařské praxi a společně jsme probraly **základní body výživy** s manželkou pana K.K., protože ta zajišťuje nákupy a vaří. Zaměřila jsem se na **omezení příjmu tuků** (tučné maso, uzeniny, paštiky, nepřimašťování jídel, nakupování nízkotučných mléčných výrobků). Doporučila jsem preferovat ryby a drůbeží maso. Dávat přednost **rostlinným olejům** obsahujících nenasycené mastné kyseliny (olivový, slunečnicový, řepkový) před živočišnými tuky (máslu,sádlo). **Zvýšit příjem vlákniny** konzumací ovoce, zeleniny, luštěnin a celozrnného pečiva. Omáčky zahušťovat ovesnými vločkami. Konzumovat denně **dostatek ovoce a zeleniny**, pro obsah vlákniny, vitamínů a minerálů, ale i pro nízkou energetickou hodnotu. Snížit energetický denní příjem, jíst pravidelně, v menších dávkách a častěji. Při kuchyňské úpravě stravy volit **šetrné postupy**, jako je vaření a dušení. Vyhýbat se grilovaným, smaženým a uzeným potravinám. Pokud budete připravovat smažené jídlo, smažte jej na teflonové pánvi, s malým množstvím olivového, řepkového nebo slunečnicového oleje.

Dále jsme hovořily o tom, jaké doplňky stravy použít při ztrátě chuti k jídlu, pokud by se začala vracet depresivní nálada. Poskytla jsem propagační materiály a informace o náhradních energetických nápojích, např. Nutridrink.

3.9.4. Edukace pohybové aktivity

Nejdříve jsem panu K.K. vysvětlila pozitiva, která přinese vyšší pohybová aktivita, než má dosud. Dojde ke zlepšení fyzické zdatnosti, sníží se hmotnost a tím bude méně zatěžován kardiovaskulární systém a pohybový aparát, bude ve větší psychické pohodě. Doporučila jsem zpočátku pohybovou aktivitu velmi mírné intenzity, ale čtenější frekvence. Po vzájemné dohodě jsme zvolili procházky dlouhé alespoň třicet minut denně.

3.10. PROGNÓZA

Prognóza u pacientů vyššího věku s depresivní poruchou je velmi nejistá, návrat choroby je podmíněn mnoha faktory. Možnými spouštěči jsou negativní, ale i pozitivní životní události, vysazení nebo snížení dávky léku, užívání alkoholu a změny ročních období. Důležitou roli hraje důvěrná osoba, která dohlíží na užívání léků a v případě zhoršení zdravotního stavu se kontaktuje s lékařem, nebo zavolá na linku důvěry.

4. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo komplexně zpracovat problematiku péče o pacienta s depresivní poruchou s rizikem sebevražedného jednání . Vypracovala jsem ji z pohledu klinického a ošetrovatelského. K tomu jsem použila uvedenou odbornou literaturu, informace od nemocného a lékařskou dokumentaci.

Velice mne těší, že byl můj pacient propuštěn domů, kam se těšil, a že ošetrovatelská a lékařská péče měla zdárný konec.

Seznam použité literatury:

1. Barker, P., J. *Assessment in Psychiatric and Mental Nursing*. 2. vydání. Cheltenham: Nelson Thornes, 2004. ISBN 0 7487 7801 2.
2. Beer, M., D., Pereira, S., M., Paton, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 296 stran. ISBN 80-247-0363-7.
3. Herman, E., Praško, J., Seifertová, D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Medical Tribune, 2007. 604 stran. ISBN 978-80-903708-9-0.
4. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: TIGIS, 2002. 895 stran. ISBN 80-900130-1-5.
5. Kurzová, H., Honzák, R., Krombholz, J. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: UK, 2003. 139 stran. ISBN 80-246-0532-5.
6. Marečková, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 264 stran. ISBN 80-247-1399-3.
7. Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 352 stran. ISBN 80-247-1151-6.
8. Martínková, J. a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 380 stran. ISBN 978-80-247-1356-4.
9. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl – Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 160 stran. ISBN 80-246-0428-0.
10. Možný, I. *Česká společnost*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 207 stran. ISBN 80-7178-624-1.
11. Nejedlá, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 248 stran. ISBN 80-247-1150-8.

12. Nešpor, K. *Uvolněně a s přehledem*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 96 stran. ISBN 80-7169-652-8.
13. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
14. Plháková, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 2004. 476 stran. ISBN 80-200-1387-3.
15. Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 184 stran. ISBN 978-80-7367-501-1.
16. Raboch, J. a kol. *Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vydání. Praha: Infopharm, 2006. 201 stran. ISBN 80-239-8501-9.
17. Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.
18. Staňková, M. *České ošetrovatelství 4 – Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2004. 66 stran. ISBN 80-7013-283-3.
19. Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 317 stran. ISBN 80-7367-154-9.
20. Škrála, P., Škrlová, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent – Orion s r.o., 2003. 490 stran. ISBN 80-7172-841-1.
21. Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 185 stran. ISBN 80-7013-324-4
22. Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 520 stran. ISBN 80-7178-696-9.

Použité články z časopisů

23. Kubínek, R., Pidrman, V. Deprese seniorů. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 1, str. 8-11.

Seznam zkratk:

ADL	activities of daily living (test základních všedních činností)
ALT	alaninaminotransferáza (enzym zvýšený u hepatopatie)
AST	aspartátaminotransferáza (enzym zvýšený u hepatopatie a IM)
BMI	body mass index
CMP	cévní mozková příhoda
DM	diabetes mellitus
EKT	elektrokonvulzivní terapie
IMAO	inhibitory monoaminoxidázy
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza (enzym zvýšený u cholestázy)
KBT	kognitivně behaviorální terapie
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MOA	monoaminoxidáza
NARI	selektivní inhibitory reuptake noradrenalinu
NaSSA	antagonisté adrenergních a serotoninergních autoreceptorů
NGASR	zhodnocení rizika sebevražedného jednání
NDRI	selektivní inhibitory reuptake dopaminu a noradrenalinu
PL	psychiatrická léčebna
SARI	selektivní inhibitory reuptake 5-HT ₂ receptorů
SNRI	selektivní inhibitory reuptake serotoninu a noradrenalinu
SSRI	selektivní inhibitory reuptake monoaminů
TCA	tricyklická antidepresiva
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice

OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Plánování ošetřovatelské péče	Hodnocení ošetřovatelské péče	Podpis
26.9.08	1. agrese vůči sobě související s depresí	<ul style="list-style-type: none"> - zajistí soustavný 24 hodinový dohled na pacienta (dohled 3) - zajistí bezpečné prostředí (odstranění skleněné a ostré předměty, holení, kabely od mobilních telefonů, opasky a jiné rizikové předměty) - zajistí signalizaci k ruce pacienta - navaž s pacientem vztah důvěry - sleduj a monitoruj sebevražedné myšlenky a tendence - pozoruj náhlé změny nálady pacienta - neměň téma rozhovoru, když pacient začne mluvit o suicidii - informuj nemocného o výkonech a léčebném plánu - podej léky dle ordinace lékaře - zkontroluj užití perorálních léků (kontroluj dutinu ústní) - informuj lékaře o psychickém stavu pacienta a jeho chování, vše důkladně zaznamenej do dokumentace - seznam pacienta s možností duchovní služby - uvědom si své vlastní pocity a úzkost při ošetřování pacienta - relaxuj a využívej aktivity ke snížení pocitu vzteku a zlosti - mluv o svých pocitech s kolegy a využívej jejich podpory 	<p>Nemocný je uložen na pokoj s možností 24 hod. sledování. Umí používat signalizační zařízení. Podávané léky zapl (kontrola dutiny ústní byla bez problémů). Komunikuje minimálně verbálně i neverbálně. Stále přetrvává depresivní ladění. Suicidální myšlenky opakovaně popírá. V 17.00 hodin se při komunikaci jednou usmál.</p> <p>Ošetřovatelský cíl byl splněn, nedošlo k sebepoškození pacienta.</p>	

26.9.08	2.Nedostatečná sebepečce související se ztrátou vůle	<ul style="list-style-type: none"> - podporuj pacienta, aby slovně vyjádřil své pocity (zejména zlost) - mluv s pacientem klidně a pomalu - podporuj příjem potravy a tekutin a přízpůsob prostředí - sleduj kožní turgor, stav sliznic, otoky - sleduj příjem potravy a tekutin - kontaktuj nutričního terapeuta při sníženém příjmu potravy - zaveď sledování bilance tekutin - podporuj a pomáhej při osobní hygieně a úpravě zevnějšku - pomáhej a aktivizuj změnu polohy na lůžku, sezení vedle lůžka, u lůžka - pochoval za vzrůstající úroveň aktivity - zjisti stupeň soběstačnosti podle Barthelova testu - zajišť signalizaci k lůžku - zajišť rehabilitační ošetřování (polohování – po dvou hodinách v 7.00, 9.00, 11.00, 13.00, 15.00, 17.00, 19.00, 21.00 a dále podle spánkového režimu pacienta, vertikalizace – dnes odpoledne) - spolupracuj s fyzioterapeutem - přízpůsobuj plán schopnostem nemocného aktivně zapojuj rodinu 	<p>S dopomocí pacient přijímá tekutiny a jídlo (snědl polovinu oběda, svačinu a večer nejedl - „nemá hlad“. Odmítá jíst mimo lůžko, jí v lůžku . Při návštěvě manželky snědl půl banánu. Odpoledne kontaktovala nutriční terapeutku (doplňující dietním režimu, sipping). Příjem tekutin od 7.00-19.00 2050 ml (tekutiny na dosah ruky nem.) Příjem i výdej byl v rovnováze. Povrch jazyka byl růžový, vlhký a kůže měla normální turgor a byla bez otoků. Myje si sám ruce v lůžku, další osobní hygienu odmítá (ale domluvili jsme se, že zůtra zkusíme jít do sprchy). Manželka odpoledne provedla částečnou hygienu na lůžku. Polohu mění s pomocí a odpoledne se snaží již sám. Při rozhovoru nevyjadřoval, že by pociťoval zlost, mluvil pomalu a bez většího zájmu. Verbálně nevyjadřoval pocity smutku, odpovídal průměrně na otázky, neodblhal jinam. Barthelův test - 35 bodů (závislost vysoká). Snaha pacienta při zajišťování bazálních potřeb je nejvíce patrná v příjmu tekutin (napije se sám při vybidnutí, tekutiny na dosah ruky).</p>	
26.9.08	3.Úzkost související s depresí	<ul style="list-style-type: none"> - mluv s pacientem o jeho projevech úzkosti - podporuj pacienta, aby slovně 	<p>Pacient si uvědomuje projevy úzkosti (vnitřní chvění, třes rukou, zrychlené dýchání). Kontakt navázán (informace o</p>	

		<p>vyjádřil své pocity (zejména zlost)</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktivizuj nemocného v dotazování a přijímání informací - zajisti vhodné aktivity pro odragování pacienta - odpovídej na otázky nemocného podle jeho potřeby - poskytni nemocnému srozumitelné a ucelené informace o výkonech, - seznam jej s novým prostředím a tyto informace pravidelně opakuj - využívej pro komunikaci prvky hapilky - vytvoř podmínky pro častý kontakt s rodinou - kontroluj a zaznamenej průběh spánku - v případě silné úzkosti kontaktuj lékaře 	<p>výkonech, co je za den, kolik je hodin, co bude následovat). Nemocný odpovídá na otázky jedním nebo dvěma slovy. Neverbálně komunikuje pomocí mimiky, odpoledne se při kontaktu poprvé usmál. Byl bez larmace. Spontánně verbální kontakt nenavazuje, nepřítá se. S manželkou komunikuje také minimálně. Odpoledne - poslech hudby z rádia, vypracování kognitivního cvičení. Při aktivizaci nemyslí na dýchání, těs se zmiřnil. Během denní služby pacient nespí. Nebyla podána žádná extra medikace pro úzkost. Ošetřovatelský cíl splněn.</p>	
26.9.08	4. Riziko infekce související se zavedeným periferním žilním katétre	<ul style="list-style-type: none"> - kontroluj místo vpichu - 1x/ 24 hod. (v 10.00 hodin) - dotazuj se pacienta na bolestivost v místě vpichu - kontroluj krytí (celistvé, suché) - edukuj pacienta o příznacích komplikací 	<p>Nemocný informován o komplikacích v místě vpichu (bolest, pálení). Vizualní kontrola v 10.00 hod.- negativní (bez začervenání, otoku). PŽK- plně funkční. V průběhu a po ukončení infuze- místo vpichu bez patologických změn. Krytí je suché. Pacient v době od 7.00 do 19.00 v místě vpichu nepocituje bolest, pálení, TT 36,6 °C. Cíl splněn.</p>	
26.9.08	5. Zápca související se sníženou pohybovou aktivitou	<ul style="list-style-type: none"> - nabízej tekutiny - pouč nemocného o vhodné stravě (vliv na fyz. vyprazdňování, přízpůsob psychickému stavu 	<p>Podány informace o vhodné stravě a pohybové aktivitě (pacient, manželka). Konzultace s nutriční terapeutkou (úprava dietního režimu). Pohybová</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - pouč rodinné příslušníky o vhodné stravě, která má vliv na fyziologické vyprazdňování dnes - informuj lékaře o problému a zajišť vhodný dietní režim - podej projímadlo dle ordinace lékaře - proveď pohybovou aktivitu na lůžku (3x flexe dolních končetin v kolenní a kyčelním kloubu s přitážením k břichu, střídané končetiny), jednou dopoledne a jednou odpoledne - proveď vertikalizaci dnes - proveď nácvik chůze kolem lůžka s pomocí (podle schopností a kondice pacienta chůze na WC) - proveď nácvik defekačního reflexu (přízpůsob podle psychologického stavu pacienta) 	<p>aktivita (dle plánu), sledování příjmu a výdeje tekutin – 2050 ml). Podle ordinace lékaře bylo podáno projímadlo. Nácvik defekačního reflexu byl proveden pouze částečně, protože to psychologický stav pacienta nedovolil.</p>	
26.9.08	6. Riziko TEN související s omezením pohybové aktivity	<ul style="list-style-type: none"> - informuj o nezbytnosti cvičení DK na lůžku - edukuj o vhodných cvičích - proveď bandáž DK nebo pomoc při navléknutí punčoch - podávej antikoagulaancia podle ordinace lékaře - proveď vertikalizaci pacienta a chůzi kolem lůžka - sleduj barvu, teplotu a bolest v DK (při polohování) - zajišť hygienu a masáž DK 	<p>Ráno provedena bandáž DK. Při polohování (kontrola bandáže, bary, teploty DK). Pacient bez bolesti DK. Barva, teplota DK bez patologických projevů. Odpoledne - provedena edukace o cvičení DK (zaměření na zvýšený průtok krve). Odpoledne se pacient postavil u lůžka- s dopomocí, ujde 1,5 metru, chápe nutnost bandáže, vertikalizace a cvičení, ale nechce se mu opakovat z lůžka. Hygienu a masáž DK přijímá velmi kladně. Známky TEN se neobjevily. TT 36, 6 °C. Ošetřovatelský cíl je splněn.</p>	

26.9.08	7. Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s imobilizací	<ul style="list-style-type: none"> - sleduj stav výživy, hydratace - pečuj o hygienu kůže - udržuj lůžko v suchu a čistotě - edukuj nemocného o nutnosti změny polohy - polohuj nemocného nejméně každé 2 hodiny (v noci bez polohování, při spontánní změně polohy pacientem) - nabídi masáž DK a zad - při vzniku dekubitu nebo rány založ záznam a postupuj dle metodického návodu - zajisti rehabilitační ošetřování (vertikalizace – dnes, kondiční a dechové cvičení – začít podle psychického stavu pacienta) - zajisti edukaci fyzioterapeutem 	<p>Pacient je dostatečně hydratován (každou hodinu nabízeny a podávány tekutiny k ruce pacienta), příjmu a výdeji tekutin 2050 ml od 7.00-19.00 hod. Kůže je celý den suchá a bez zarudnutí, pacient s pomocí mění polohu v 7.00, 9.00, 11.00, 13.00, 15.00, 17.00 a 19.00 hodin, chápe nutnost polohování. Po krátké masáži zad a chodidel masážní emulzí (v 11.00 a 17.00 hodin) se pacient cítí dobře, prádlo v lůžku hodín se pacient cítí dobře, prádlo v lůžku hodín se pacient cítí dobře, suché (při polohování, odpoledne po vertikalizaci). Cíl byl splněn, pacient byl bez porušené integrity kůže.</p>	
26.9.08	8. Riziko pádu související s medikací a imobilizací	<ul style="list-style-type: none"> - označ lůžko, nemocného a dokumentaci červeným značením - sleduj pacienta 24 hodin denně - uprav vhodně okolí lůžka - zajisti rehabilitační ošetřování (polohování, vertikalizace, chůze) - zajisti edukaci fyzioterapeutem - edukuj pacienta o nežádoucích účincích léků (podle psychického stavu pacienta) 	<p>Pacient je uložen na pokoji s permanentním sledováním. Červené označení lůžka, dokumentace, náramku na zápěstí pacienta provedeno(včera při příjmu). Sledování, pacienta, úprava prostředí při vertikalizaci a rehabilitačním ošetřováním, edukace pacienta o prováděných činnostech a dopomoc druhé sestry, byla dosažena eliminace pádu. Pacient projevuje pochopení potenciaálního rizika pádu. Fyzioterapeut je kontaktován (psychický stav nedovolil edukaci pacienta). Cíl je splněn, pacient nespádá.</p>	

Příjmení:

Jméno:

R.č.:

Příjem

Datum: 25. 9. 04 hod: 21:00

Opakované přijetí: ☐ ano ☒ ne

Rodina informována: ☒ ano ☐ ne

Fyziologické hodnoty při přijetí

TK: 135/80 P: 61 TT: 36,1 D: 20

Hypertenze v anamnéze: ☒ ano ☐ ne

Vědomí

☒ při vědomí ☐ bez omezení

☐ porucha vědomí ☒ ztížený

☐ bezvědomí ☐ nelze navázat

GCS:

Kontakt

☐ bez omezení

☒ ztížený

☐ nelze navázat

Psychický stav

☒ spolupracuje ☐ nespolupracuje

☐ klidný ☐ rozrušený

☒ orientovaný ☐ zmatený

Uděláno

Proved posouzení aktuálního psychického stavu (viz str.2)

Dýchání

Potíže: ☐ ano ☐ ne ☐ UPV

Kuřák: ☐ ano ☐ ne

☐ dušnost: ☐ ano ☐ ne

☐ klidová ☐ cyanoza ☐ námahová

Kašel

☐ noční ☐ dráždivý ☐ s expektorací

Spánek

Narušený: ☒ ano ☐ ne

☒ vstupní

☐ během hospitalizace

☐ při překladi

Ošetřovatelské vyšetření

Oddělení:

Alergie

☐ ano ☒ ne

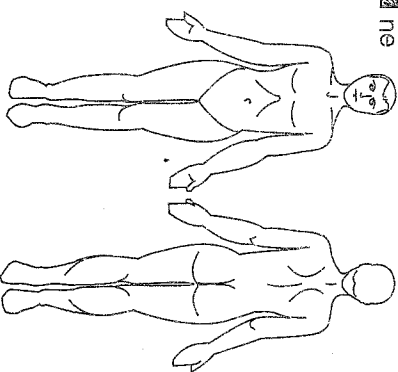
Alergen:

.....

Bolest

☐ ano ☒ ne

Lokalizace



intenzita

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soběstačnost/pohyblivost

☐ plně soběstačný

☐ soběstačný s pomocí

☒ nesoběstačný

Významný handicap

☒ problémy se zrakem

☒ problémy se sluchem

☐ problémy s řečí

☐ cizinec

☐ jiné:

Pomůcky

☒ brýle, čočky

☒ naslouchátko

☒ protéza

☒ horní ☒ dolní

☐ vozík

☐ berle/hůl

Kontakt na specialistu:

Váha / výška: 65 kg / 178 cm BMI 20

☐ soběstačný

☒ nesoběstačný

☐ parenterální

kanyla zavedena dne:

☐ enterální

sonda zavedena dne:

obezlita /BMI 30 a výše: ☐ ano ☒ ne

informuji lékaře a volej NT

kontakt NT: ☐ ano ☐ ne

diabetik: defekt nohou ☐ ano ☐ ne

Problémy s močením: ☐ ano ☒ ne

☐ pálení ☐ řezání

☐ retence ☐ inkontinence

moč, katetr zaveden dne:

Problémy se stolicí: ☒ ano ☐ ne

☐ pravidelná ☐ nepravidelná

☒ zácpa ☐ průjem ☐ stomie

☐ inkontinence

Kůže

změny na kůži ☐ ano ☒ ne

☐ otoky

☐ dekubity

☐ jiné

stupeň:

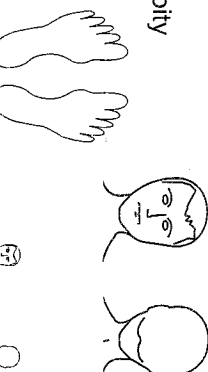
1. zčervenání

2. tvorba puchýřů

3. hluboké poškození

kůže a tkáně

4. dekubit na kost



ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE PRAHA

Rizika

☒ riziko pádů skóre: 5

☒ riziko dekubitů N skóre: 49

☐ riziko ICHS

☐ riziko SDN (postupuj dle MN č. 1/2005)

Schopnost edukace

nemocný ☒ ano ☐ ne

rodina ☒ ano ☐ ne

Potřeba edukace

☒ ano ☐ ne

téma/viz edukační záznam/.....

Potřeba duchovních služeb:

☒ ano ☐ ne

Plánování propuštění

☒ není schopen vykonávat aktivity

denního života a sebepečí

☐ onemocnění s dlouhodobými následky

☐ není orientován (čas, místo, osoba)

☐ problémy s medicací

☐ vyžaduje následnou rehabilitaci

☐ bydlí sám

☒ je v péči Měsíček

Kontakt se sociálním pracovníkem

☐ ano ☒ ne

Podpis

a razítko sestry:

Datum:

Čas:

Podpis

a razítko lékaře:

Barthelův test základních všedních činností
(ADL – activity daily living)

Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko-židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
Celkem		35

Hodnocení:

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 - 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

CARDS – Skrining

Jméno pacienta:..... Vyšetření provedl:

Datum:.....

NÁSILÍ/AGRESE

ANO NE

Signifikantní anamnéza násilí/agrese

☐ ☒

Aktuální myšlenky, plány a nebo chování svědčící pro riziko násilí/agrese

☐ ☒

Aktuální chování poukazuje na riziko násilí/agrese

☐ ☒

Aktuální problémy s alkoholem a/nebo zneužíváním látek

☐ ☒

Druzí vyjadřují obavy z možného násilí/agrese

☐ ☒

SEBEVRAŽDA

ANO NE

Anamnéza předchozího sebevražedného pokusu

☐ ☒

Myšlenky, plány svědčící pro riziko sebevraždy

☒ ☐

Trpí vážnou duševní poruchou

☒ ☐

Aktuální problémy s alkoholem a/nebo zneužíváním látek

☐ ☒

Druzí vyjadřují obavy z možného rizika sebevraždy

☒ ☐

Podpis vyšetřujícího:.....

Datum:.....

**ÚVN**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
PRAHAÚstřední vojenská nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6 - Střešovice
Česká republikae-mail:
info@uvn.cz
internet:
www.uvn.czinformace:
tel.: +420 973 203 023
tel.: +420 973 208 333
fax: +420 973 203 024

Příloha 5

Charakteristika jednotlivých úrovní dohledu.

Na uzavřeném oddělení jsou 3 základní úrovně dohledu. Každé úrovni dohledu odpovídají pravidla sledování, která mají zajistit bezpečnost pacienta a okolí. Úroveň sledování se zvyšuje se závažností a rizikovostí stavu pacienta.

Úroveň 1 – všeobecný dohled

Personál musí mít všeobecné povědomí o tom, co pacient dělá, kde se pohybuje, jak se chová a projevuje. Zdravotní sestra by měla s pacientem v průběhu směny minimálně jednou v klidu pohovořit a zhodnotit jeho duševní stav. Před ukončením směny sestra provede souhrnný zápis o svém sledování pacienta.

Úroveň 2 – pravidelný dohled

Ošetrovatelský personál pacienta v denních hodinách (6,00-22,00 hod.) průběžně sleduje a v pravidelných intervalech, ne delších než 30 minut pravidelně kontroluje tzn. musí ho osobně vidět. V nočních hodinách (22,00-6,00 hod.) kontroluje personál pacienta minimálně každých 60 minut. Za každou směnu sestra provede dva souhrnné zápisy o svém sledování pacienta tj. 2 zápisy za každých 12 hodin.

Úroveň 3 – permanentní dohled

Intenzivní forma sledování, kdy personál musí mít pacienta v dosahu očí po celých 24 hod. Pacient je umístěn na pokoji intenzivního dohledu. Sestra provádí zápis o svém sledování pacienta každých 60 minut.

Pozn.: Na oddělení mohou být současně přítomní maximálně 2 pacienti ve stavu odpovídajícím úrovni dohledu 3.

Sledování a bezpečnostní opatření týkající se toalet a koupelen.

Koupelny jsou v průběhu dne uzamčeny. Odemykat se budou vždy ráno od 7.30 do 9.00 hod a večer od 18.00 do 20.00 hod. V těchto časech budou pacienti v prostorách koupelen soustavně monitorováni personálem. Koupelnu je možné odemknout na požádání pacienta kdykoliv v průběhu dne, pouze však na dobu provádění osobní hygieny a za sledování odpovídající úrovni dohledu pacienta.

Při vstupu na toaletu zazní na inspekčním pokoji zvukový signál. Zároveň dojde k rozsvícení světla nad dveřmi toalety. Toto světlo reaguje na pohyb uvnitř místnosti a oznamuje, že je někdo uvnitř. Užívá-li toaletu rizikový pacient, musí personál pacienta monitorovat.

V Praze, dne 1.2.2008

BECK**Beckova sebeposuzovací stupnice deprese**

01. Nálada 0 - nemám smutnou náladu 1 - cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený 2 - jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat 3 - jsem tak smutný nebo nešťastný, že to už nemohu snést	<input type="text"/>
02. Pesimismus 0 - do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně 1 - poněkud se obávám budoucnosti 2 - vidím, že se už nemám na co těšit 3 - vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit	<input type="text"/>
03. Pocit neúspěchu 0 - nemám pocit nějakého životního neúspěchu 1 - mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají 2 - podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů 3 - vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod.) v životě zcela zklamal	<input type="text"/>
04. Neuspokojení z činnosti 0 - nejsem nijak zvlášť nespokojený 1 - nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával 2 - už mě netěší skoro vůbec nic 3 - ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení	<input type="text"/>
05. Vina 0 - necítím se nijak provinile 1 - občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní 2 - mám trvalý pocit viny 3 - ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk	<input type="text"/>
06. Nenávisť sebe sama 0 - necítím se zklamán sám sebou 1 - zklamal jsem se sám v sobě 2 - jsem dosti znechucen sám sebou 3 - nenávidím se	<input type="text"/>
07. Myšlenky na sebevraždu 0 - vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl něco udělat 1 - mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít 2 - často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu 3 - kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život	<input type="text"/>
08. Sociální izolace 0 - neztratil jsem zájem o lidi ve svém okolí 1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve 2 - ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní 3 - ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít	<input type="text"/>
09. Nerozhodnost 0 - dokážu se rozhodnout v běžných situacích 1 - někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí 2 - rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže 3 - vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout	<input type="text"/>

10. Vlastní vzhled	
0 - vypadám stejně jako dříve 1 - mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně 2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně 3 - mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě	
11. Potíže při práci	
0 - práce mi jde od ruky jako dříve 1 - musím se nutit, když chci začít něco dělat 2 - dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělal 3 - nejsem schopen jakékoli práce	
12. Únavnost	
0 - necítím se více unaven než obvykle 1 - unavím se snáze než dříve 2 - všechno mě unavuje 3 - únava mně zabraňuje cokoli dělat	
13. Nechutenství	
0 - mám svou obvyklou chuť k jídlu 1 - nemám takovou chuť k jídlu, jako jsem mívával 2 - mnohem hůře mi teď chutná jíst 3 - zcela jsem ztratil chuť k jídlu	